



INSPECTION GÉNÉRALE  
DES AFFAIRES SOCIALES

IGF

INSPECTION GÉNÉRALE DES FINANCES

# L'activité et les conditions d'intervention de la Caisse des Français de l'étranger

## Tome 2 : ANNEXES

Établi par

Laurent CAILLOT  
Huguette MAUSS

Nathalie COPPINGER  
Camille HERODY

Membres de l'IGAS

Membres de l'IGF

Avec le concours de

Tiphaine GROSSE (stagiaire IGAS) et Etienne FLORET (stagiaire IGF)

- Juillet 2015 -

2015-025R



# SOMMAIRE

ANNEXE 1 – STATISTIQUES PAR PAYS DES RESSORTISSANTS FRANÇAIS, DES ADHERENTS A LA CFE, DES PENSIONNES A L'ETRANGER.....	5
ANNEXE 2 – ANALYSE DU CADRE JURIDIQUE D'INTERVENTION DE LA CFE DANS L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN ET EN SUISSE .....	11
ANNEXE 3 – LE REGIME BELGE DE SECURITE SOCIALE D'OUTRE-MER : UN RETOUR D'EXPERIENCE UTILE « <b>L'annexe 3 est non communicable : article 6-III de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978</b> ».	27
ANNEXE 4 – ANALYSE DES ENJEUX DE L'OBAMACARE POUR LA CFE.....	41
ANNEXE 5 – ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIERE DE LA CFE.....	49
ANNEXE 6 – EXPLORATION DE L'HYPOTHESE D'UNE BANALISATION DE LA CFE EN TANT QU'ORGANISME PRIVE D'ASSURANCE .....	75
ANNEXE 7 – LES REGIMES DE COUVERTURE SOCIALE RELATIFS A L'EXERCICE D'UNE ACTIVITE A L'ETRANGER PAR UN FRANÇAIS EXPATRIE .....	97
ANNEXE 8 - RECENSEMENT DES STIPULATIONS DES CONVENTIONS COLLECTIVES RELATIVES AUX GARANTIES SOCIALES DESTINEES AUX SALAIRES EXPATRIES .....	101
ANNEXE 9 – L'OFFRE DE COUVERTURE DE LA CFE AU REGARD DE LA CONCURRENCE PRIVEE.....	113
ANNEXE 10 – LA MODULATION DES COTISATIONS ET LES ABATTEMENTS AU BENEFICE D'ENTREPRISES MANDATAIRES DANS LE CADRE DES ASSURANCES VOLONTAIRES GEREES PAR LA CFE .....	133
ANNEXE 11 – LA GESTION DU DOSSIER DES PERIODES ASSIMILEES DE LA CFE.....	143
PIECE JOINTE 1 – LISTE DES CONVENTIONS BILATERALES DE SECURITE SOCIALE CONCLUES PAR LA FRANCE .....	157



## ANNEXE 1 – STATISTIQUES PAR PAYS DES RESSORTISSANTS FRANÇAIS, DES ADHERENTS A LA CFE, DES PENSIONNES A L'ETRANGER

Région du monde selon le MAEDI	Pays	Pop 1986	Pop 2008	Pop 2014					Adhérents CFE 2014	Retraités CNAV 2014
				totale	<18 ans	18-60	> 60 ans	Binationaux		
Asie-Océanie	Afghanistan	28	177	212	12	189	11	38	130	
Asie-Océanie	Australie	7 632	15 291	22 539	5 133	14 221	3 185	10 658	1 629	3 702
Asie-Océanie	Bangladesh	135	164	272	70	182	20	69	65	2
Asie-Océanie	Birmanie	43	274	662	152	483	27	45	185	4
Asie-Océanie	Brunei	59	129	187	72	110	5	41	54	0
Asie-Océanie	Cambodge	0	3 053	4 661	1 293	2 463	905	2 362	577	146
Asie-Océanie	Chine	2 762	22 231	31 334	9 974	20 257	1 103	3 074	7 041	199
Asie-Océanie	Corée du Sud	945	1 715	2 636	790	1 728	118	272	663	114
Asie-Océanie	Fidji	82	160	216	69	132	15	43	11	
Asie-Océanie	Inde	13 718	8 669	9 983	2 453	5 171	2 369	767	1 298	357
Asie-Océanie	Indonésie	2 422	2 501	4 162	1 409	2 388	365	746	957	137
Asie-Océanie	Japon	2 786	7 942	7 561	2 484	4 624	453	2 383	817	1 805
Asie-Océanie	Laos	123	1 439	2 069	514	1 204	351	181	257	73
Asie-Océanie	Malaisie	549	1 863	3 338	1 131	1 984	223	430	888	90
Asie-Océanie	Mongolie	0	101	156	48	95	13	25	31	0
Asie-Océanie	Népal	134	186	248	68	148	32	62	45	7
Asie-Océanie	Nouvelle-Zélande	768	3 188	4 035	1 179	2 550	306	1 264	337	104
Asie-Océanie	Pakistan	360	531	562	166	336	60	310	63	46
Asie-Océanie	Papouasie NG	128	37	102	10	78	14	15	28	
Asie-Océanie	Philippines	475	1 743	2 781	868	1 510	403	764	456	179
Asie-Océanie	Singapour	1 549	6 169	11 415	4 124	7 069	222	1 161	2 341	68
Asie-Océanie	Sri Lanka	195	436	488	148	275	65	155	54	55
Asie-Océanie	Taiwan	0	1 300	1 778	515	1 132	131	576	182	27
Asie-Océanie	Thaïlande	886	8 230	10 923	2 585	5 676	2 662	1 753	2 833	1 330
Asie-Océanie	Vanuatu	1 220	1 594	1 947	607	1 106	234	971	113	20
Asie-Océanie	Viet Nam	432	4 912	7 035	2 104	3 783	1 148	503	1 259	366
Proche et Moyen-Orient	Arabie Saoudite	6 640	3 909	5 710	2 026	3 330	354	2 268	1 186	20
Proche et Moyen-Orient	Bahreïn	326	872	1 013	314	626	73	275	145	6
Proche et Moyen-Orient	Egypte	4 390	5 579	5 905	1 795	3 379	731	2 768	743	117
Proche et Moyen-Orient	Emirats Arabes Unis	2 104	9 858	19 324	7 025	11 690	609	4 383	2 814	87

Proche et Moyen-Orient	Irak	957	25	387	71	279	37	134	144	
Proche et Moyen-Orient	Iran	279	871	968	196	565	207	775	71	23
Proche et Moyen-Orient	Israël	19 743	56 585	51 945	10 535	29 055	12 355	47 736	450	6 845
Proche et Moyen-Orient	Jérusalem	5 776	17 099	24 146	7 402	13 205	3 539	19 434		
Proche et Moyen-Orient	Jordanie	397	1 263	1 482	524	864	94	845	195	10
Proche et Moyen-Orient	Koweït	914	962	1 109	360	682	67	415	181	3
Proche et Moyen-Orient	Liban	6 328	18 225	22 901	6 905	12 368	3 628	17 840	2 270	540
Proche et Moyen-Orient	Oman	315	521	785	257	492	36	189	121	1
Proche et Moyen-Orient	Qatar	488	2 278	3 808	1 434	2 283	91	841	687	5
Proche et Moyen-Orient	Syrie	1 079	2 786	1 089	324	578	187	862	90	19
Proche et Moyen-Orient	Yémen	339	725	493	174	286	33	195		7
Afrique non francophone	Afrique du Sud	4 804	6 987	7 629	2 174	4 391	1 064	2 919	809	0
Afrique non francophone	Angola	1 288	1 710	1 768	472	1 189	107	276	1 678	
Afrique non francophone	Botswana	0	114	125	39	78	8	46	18	0
Afrique non francophone	Cap vert	66	310	407	122	181	104	208	32	260
Afrique non francophone	Ethiopie	394	706	993	372	528	93	101	128	15
Afrique non francophone	Ghana	179	862	1 110	385	653	72	284	214	
Afrique non francophone	Guinée-Bissau	121	125	114	30	57	27	56	15	
Afrique non francophone	Guinée Equatoriale	129	418	587	113	414	60	60	219	
Afrique non francophone	Kenya	582	1 056	1 493	514	877	102	262	227	
Afrique non francophone	Mozambique	314	392	516	158	333	25	137	135	4
Afrique non francophone	Namibie	0	246	259	76	147	36	72	32	17
Afrique non francophone	Nigéria	2 562	1 666	1 732	448	1 127	157	428	1 066	12
Afrique non francophone	Ouganda	88	231	440	150	256	34	99	87	2
Afrique non francophone	Seychelles	248	496	563	151	354	58	251	57	15
Afrique non francophone	Soudan du Sud	0	0	124	6	116	2	11	89	
Afrique non francophone	Soudan	219	331	212	68	130	14	61	57	
Afrique non francophone	Tanzanie	175	485	664	192	414	58	98	138	4
Afrique non francophone	Zambie	259	237	214	78	116	20	43	29	1
Afrique non francophone	Zimbabwe	276	230	263	83	154	26	54	25	0
Afrique francophone	Benin	2 609	3 332	3 791	1 193	1 887	711	1 671	351	232

Afrique francophone	Burkina	3 261	3 349	3 494	1 098	1 878	518	1 434	613	135
Afrique francophone	Burundi	740	375	481	129	303	49	78	76	11
Afrique francophone	Cameroun	13 063	5 567	6 277	2 167	3 076	1 034	1 415	1 249	643
Afrique francophone	Centrafrique	3 274	1 215	687	162	399	126	394	230	20
Afrique francophone	Comores	1 057	1 587	1 983	709	933	341	1 543	86	29
Afrique francophone	Congo	6 916	3 910	6 035	2 081	3 461	493	1 277	2 026	20
Afrique francophone	Cote d'Ivoire	24 832	11 248	15 229	5 199	7 668	2 362	9 153	2 733	603
Afrique francophone	Djibouti	8 565	4 691	4 871	1 734	2 886	251	1 141	326	14
Afrique francophone	Gabon	16 938	10 402	10 582	3 493	5 861	1 228	3 740	2 932	159
Afrique francophone	Guinée	2 188	2 245	2 958	875	1 612	471	1 145	392	50
Afrique francophone	Madagascar	12 945	19 821	18 532	6 129	8 690	3 713	8 987	2 461	1 110
Afrique francophone	Mali	2 940	4 559	6 158	2 747	2 770	641	4 702	477	6 253
Afrique francophone	Maurice	2 761	8 270	10 589	2 891	5 625	2 073	5 874	1 772	1 071
Afrique francophone	Mauritanie	2 086	2 163	1 868	795	803	270	992	218	2 759
Afrique francophone	Niger	3 084	1 472	1 681	494	970	217	781	249	26
Afrique francophone	Rép. dém. du Congo	3 704	2 090	2 586	696	1 619	271	312	588	
Afrique francophone	Rwanda	689	124	328	99	194	35	121	39	4
Afrique francophone	Sénégal	16 065	16 882	20 194	7 000	9 180	4 014	10 046	3 396	6 339
Afrique francophone	Tchad	1 303	1 281	1 444	455	866	123	485	339	10
Afrique francophone	Togo	3 850	2 833	2 806	863	1 410	533	1 420	376	243
Afrique du Nord	Algérie	25 776	34 718	34 371	11 053	19 720	3 598	30 669	1 232	428 697
Afrique du Nord	Libye	585	602	258	21	206	31	65	96	2
Afrique du Nord	Maroc	27 311	36 818	49 195	14 721	23 606	10 868	23 938	10 374	60 844
Afrique du Nord	Tunisie	10 880	17 980	23 279	7 242	11 226	4 811	16 046	2 752	35 402
Amérique du nord	Etats Unis	63 970	117 076	135 837	30 924	86 158	18 755	60 177	7 079	13 994
Amérique du nord	Canada	34 807	68 075	86 837	16 051	57 199	13 587	42 635	2 295	17 914
Amérique centrale et Sud	Argentine	9 248	15 225	14 548	3 277	8 400	2 871	9 817	466	910
Amérique centrale et Sud	Bolivie	420	1 027	1 473	467	802	204	760	140	52
Amérique centrale et Sud	Brésil	11 966	17 773	21 509	4 863	12 838	3 808	10 986	2 295	1 417
Amérique centrale et Sud	Chili	3 774	9 763	10 936	2 969	6 228	1 739	7 057	726	634
Amérique centrale et Sud	Colombie	2 469	3 701	5 246	1 351	3 110	785	3 130	329	209
Amérique	Costa Rica	540	1 659	2 482	638	1 468	376	1 030	175	102

centrale et Sud										
Amérique centrale et Sud	Cuba	240	507	634	224	304	106	277	178	22
Amérique centrale et Sud	Rép. dominicaine	562	2 856	4 029	1 114	2 153	762	1 537	292	172
Amérique centrale et Sud	Equateur	879	1 709	2 460	734	1 417	309	1 512	209	91
Amérique centrale et Sud	Guatemala	355	807	824	243	451	130	497	98	32
Amérique centrale et Sud	Haïti	1 634	1 419	1 642	381	961	300	634	349	43
Amérique centrale et Sud	Honduras	184	332	336	93	185	58	178	27	7
Amérique centrale et Sud	Jamaïque	154	174	183	43	111	29	63	33	2
Amérique centrale et Sud	Mexique	7 627	15 378	17 728	4 277	10 927	2 524	11 628	1 777	610
Amérique centrale et Sud	Nicaragua	306	579	707	215	400	92	285	60	21
Amérique centrale et Sud	Panama	486	915	1 660	478	948	234	528	208	51
Amérique centrale et Sud	Paraguay	951	1 285	1 497	408	829	260	698	100	77
Amérique centrale et Sud	Pérou	1 710	3 063	3 804	1 132	2 066	606	2 604	312	202
Amérique centrale et Sud	Sainte Lucie	194	853	890	267	499	124	510	14	1
Amérique centrale et Sud	Salvador	278	660	667	186	393	88	440	37	20
Amérique centrale et Sud	Surinam	81	202	248	73	134	41	61	7	2
Amérique centrale et Sud	Trin et Tobago	289	621	663	164	397	102	407	43	7
Amérique centrale et Sud	Uruguay	1 371	2 642	2 909	651	1 632	626	2 084	88	218
Amérique centrale et Sud	Venezuela	5 428	4 830	4 538	985	2 451	1 102	3 147	445	268
Europe hors UE	Albanie	23	90	196	63	115	18	66	39	
Europe hors UE	Andorre	0	3 885	3 170	488	1 903	779	506	38	
Europe hors UE	Arménie	0	509	588	178	339	71	367	34	7
Europe hors UE	Azerbaïdjan	0	155	185	44	124	17	56	55	2
Europe hors UE	Biélorussie	0	82	165	60	79	26	86	8	
Europe hors UE	Bosnie-Herzégovine	0	243	385	135	207	43	254	19	
Europe hors UE	Géorgie	0	238	306	109	170	27	59	34	7
Europe hors UE	Islande	77	292	340	93	229	18	77	8	
Europe hors UE	Kazakhstan	0	314	457	124	309	24	43	167	2
Europe hors UE	Kosovo	0	0	130	34	89	7	5	3	
Europe hors UE	Macédoine	0	322	225	65	122	38	128	17	
Europe hors UE	Moldavie	0	65	87	24	56	7	25	12	
Europe hors UE	Monaco	15 550	8 848	7 731	1 055	4 073	2 603	1 110	33	



Europe hors UE	Monténégro	0	0	133	40	62	31	70	7	
Europe hors UE	Norvège	2 719	4 602	4 854	1 576	2 944	334	1 142	142	
Europe hors UE	Ouzbékistan	0	94	87	30	48	9	15	17	0
Europe hors UE	Russie	1 283	5 139	5 961	2 015	3 634	312	1 750	1 592	
Europe hors UE	Serbie	420	1 354	1 417	421	726	270	899	79	
Europe hors UE	Suisse	63 701	138 349	167 207	34 734	102 654	29 819	84 258	1 998	
Europe hors UE	Tadjikistan	0	0	66	13	49	4	7	27	
Europe hors UE	Turkménistan	0	170	313	84	208	21	29	134	
Europe hors UE	Turquie	1 713	5 443	8 470	2 852	4 876	742	5 727	770	15 856
Europe hors UE	Ukraine	0	850	938	321	531	86	224	243	
UE	Allemagne	144 284	106 842	112 879	25 738	68 190	18 951	39 619	1 167	48 236
UE	Belgique	54 797	90 588	117 782	24 898	73 813	19 071	25 476	1 254	58 394
UE	Autriche	3 021	7 168	8 760	2 801	5 037	922	3 139	130	2 175
UE	Bulgarie	137	801	1 223	374	679	170	470	106	178
UE	Chypre	451	1 291	1 464	357	927	180	647	63	80
UE	Croatie	421	900	1 076	287	570	219	696	75	2 594
UE	Danemark	1 926	4 258	5 176	1 758	2 939	479	1 708	89	536
UE	Espagne	48 995	82 050	90 610	21 657	51 771	17 182	30 161	1 291	188 338
UE	Estonie	0	138	229	60	147	22	60	5	9
UE	Finlande	644	2 353	2 684	807	1 722	155	979	102	251
UE	Grèce	5 803	10 154	10 541	2 023	6 294	2 224	5 602	304	1 937
UE	Hongrie	389	2 133	2 423	759	1 324	340	919	175	401
UE	Irlande	1 435	8 448	8 735	2 330	6 083	322	1 036	355	291
UE	Italie	29 296	46 224	46 113	9 656	28 102	8 355	24 915	731	87 477
UE	Lettonie	0	190	207	59	133	15	44	10	6
UE	Lituanie	0	289	418	121	262	35	78	10	16
UE	Luxembourg	10 534	24 809	33 378	9 007	20 690	3 681	6 726	294	3 789
UE	Malte	78	326	682	156	439	87	183	60	47
UE	Pays Bas	6 531	21 282	23 753	7 026	14 805	1 922	6 300	505	3 129
UE	Pologne	1 433	5 061	6 247	1 797	3 561	889	3 224	554	3 334
UE	Portugal	5 056	13 864	15 181	3 472	8 997	2 712	8 528	377	178 529
UE	Royaume Uni	38 142	112 660	126 804	32 919	84 304	9 581	22 896	3 797	271
UE	Roumanie	201	2 483	3 337	928	2 057	352	692	669	8 206
UE	Slovaquie	0	1 049	834	284	480	70	315	108	135
UE	Slovénie	0	638	713	223	399	91	441	32	586
UE	Suède	2 856	4 859	6 723	1 777	4 267	679	1 838	180	1 421
UE	Rép. tchèque	482	2 501	3 667	1 299	2 096	272	1 151	220	320
TOTAL				1 680 594				707 951	107 770	1 205 158

Source : Données du MAEDI pour les Français immatriculés auprès des consulats, données de la CFE pour ses adhérents et données de la CNAV pour les pensions versées à l'étranger.



## ANNEXE 2 – ANALYSE DU CADRE JURIDIQUE D'INTERVENTION DE LA CFE DANS L'ESPACE ECONOMIQUE EUROPEEN ET EN SUISSE

### Sommaire

1 EXTRAITS DES REGLEMENTS EUROPEENS DE COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE NATIONALE .....	12
<b>2. SUR LA COMPATIBILITE DE L'ACTIVITE DE LA CFE AU DROIT EUROPEEN.....</b>	<b>15</b>
2.1 Le régime d'assurance volontaire offert par la CFE aux Français résidant dans l'EEE et la Suisse en matière de risques maladie, maternité, accidents du travail et maladie professionnelle présente des fragilités juridiques au regard du règlement européen n°883/2004 portant sur la coordination entre régimes de sécurité sociale .....	15
2.1.1 Le principe d'unicité de législation applicable figurant dans le règlement de 2004 implique l'interdiction du cumul entre assurance obligatoire et assurance volontaire ou facultative continuée .....	15
2.1.2 Dès lors que la CFE entrerait dans le champ d'application du règlement de 2004, son activité de couverture des risques maladie, maternité, accidents du travail, maladie professionnelle dans l'EEE-Suisse serait incompatible avec ce règlement. ....	15
2.1.3 La contrariété éventuelle entre les dispositions législatives autorisant la CFE à intervenir dans l'EEE-Suisse et l'article 14 du règlement de 2004 pourrait ouvrir la voie à une action en manquement .....	16
2.2 Les fragilités juridiques qui entourent l'activité de la CFE dans la zone EEE-Suisse au regard des dispositions du règlement européen de coordination de sécurité sociale sont connues depuis l'origine de la CFE et résultent du choix du législateur. ....	17
2.2.1 L'autorisation d'intervention de la CFE dans la CEE pour la couverture des risques maladie maternité et accidents du travail maladie professionnelle a été justifiée par la volonté d'améliorer la couverture des Français expatriés dans cette zone.....	17
2.2.2 L'incertitude concernant la compatibilité entre les dispositions législatives françaises et les règlements européens de 1971 puis de 2004 a été identifiée de longue date par l'administration.....	18
2.2.3 Le législateur avait par ailleurs choisi d'inscrire la couverture du risque chômage des Français expatriés dans l'EEE et la Suisse dans le cadre de la coordination du règlement de 1971 .....	18
2.3 Les différences de traitement entre ressortissants français et communautaires pour la couverture des risques MMI et AT MP représentent un risque contentieux.....	19
2.3.1 Les ressortissants communautaires et les Français sont désormais soumis aux mêmes conditions pour l'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse.....	19
2.3.2 Les conditions d'adhésion des ressortissants communautaires aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accidents du travail-maladie professionnelle ne figurent dans aucun texte normatif et les différences de conditions d'adhésion pourraient constituer une discrimination au regard du droit de l'UE.....	20
2.4 La participation de l'État au budget d'action sanitaire et sociale de la caisse constitue une aide d'État illégale..	21
<b>3. ANALYSE DES ARGUMENTS PRESENTES PAR LA CFE POUR JUSTIFIER LE MAINTIEN DE SON ACTIVITE DANS L'EEE ET LA SUISSE POUR LE RISQUE MALADIE-MATERNITE-INVALIDITE .....</b>	<b>22</b>
3.1 La CFE soutient que le maintien de son activité dans l'EEE-Suisse est indispensable aux Français résidant dans certains pays de cette zone étant donné le niveau insuffisant de leur système de protection sociale.....	22
3.1.1 Les assurances volontaires proposées par la CFE semblent redondantes dans les pays de l'EEE-Suisse compte tenu du niveau de protection sociale garanti par le mécanisme européen de coordination.....	23
3.1.2 L'intérêt principal de la CFE dans l'EEE-Suisse réside dans l'accès qu'elle donne au système de soins français. ....	24
3.2 Les autres organismes d'assurance à l'expatriation interviennent librement dans la zone EEE-Suisse. ....	24
3.3 L'équilibre financier de la CFE, donc les conditions de poursuite de son activité, dépendent étroitement de son intervention dans l'EEE-Suisse. ....	24

## 1. EXTRAITS DES REGLEMENTS EUROPEENS DE COORDINATION DES SYSTEMES DE SECURITE NATIONALE

<b>Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté</b>	<b>Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale</b>
<b>Titre premier – Dispositions générales</b>	<b>Titre premier – Dispositions générales</b>
<p><b>Article premier - Définitions</b></p> <p>j) le terme "législation" désigne, pour chaque État membre, les lois, les règlements, les dispositions statutaires et toutes autres mesures d'application, existants ou futurs, qui concernent les branches et régimes de sécurité sociale visés à l'article 4 paragraphes 1 et 2 ou les prestations spéciales à caractère non contributif visées à l'article 4 paragraphe 2 bis.</p> <p>Ce terme exclut les dispositions conventionnelles existantes ou futures, qu'elles aient fait ou non l'objet d'une décision des pouvoirs publics les rendant obligatoires ou étendant leur champ d'application. Toutefois, en ce qui concerne les dispositions conventionnelles :</p> <p>i) servant la mise en œuvre d'une obligation d'assurance résultant des lois ou règlements visés à l'alinéa précédent</p> <p>ou</p> <p>ii) créant un régime dont la gestion est assurée par la même institution que celle qui administre les régimes institués par des lois ou règlements visés à l'alinéa précédent,</p> <p>cette limitation peut à tout moment être levée par une déclaration faite par l'État membre intéressé mentionnant les régimes de cette nature auxquels le présent règlement est applicable. Cette déclaration est notifiée et publiée conformément aux dispositions de l'article 97.</p> <p>Les dispositions de l'alinéa précédent ne peuvent pas avoir pour effet de soustraire du champ d'application du présent règlement les régimes auxquels le règlement n° 3 a été appliqué</p>	<p><b>Article premier - Définitions</b></p> <p>l) le terme «législation» désigne, pour chaque État membre, les lois, règlements et autres dispositions légales et toutes autres mesures d'application qui concernent les branches de sécurité sociale visées à l'article 3, paragraphe 1.</p> <p>Ce terme exclut les dispositions conventionnelles autres que celles qui servent à la mise en œuvre d'une obligation d'assurance résultant des lois et règlements visés au point précédent ou qui ont fait l'objet d'une décision des pouvoirs publics les rendant obligatoires ou étendant leur champ d'application, pour autant que l'État membre concerné fasse une déclaration en ce sens, notifiée au président du Parlement européen et au président du Conseil de l'Union européenne. Cette déclaration est publiée au Journal officiel de l'Union européenne;</p> <p>m) le terme «autorité compétente» désigne, pour chaque État membre, le ministre, les ministres ou une autre autorité correspondante dont relèvent, dans l'ensemble ou dans une partie quelconque de l'État membre concerné, les régimes de sécurité sociale</p>

<b>Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté</b>	<b>Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale</b>
<b>Article 3 - Égalité de traitement</b> 1. Les personnes auxquelles les dispositions du présent règlement sont applicables sont soumises aux obligations et sont admises au bénéfice de la législation de tout État membre dans les mêmes conditions que les ressortissants de celui-ci, sous réserve de dispositions particulières contenues dans le présent règlement.	<b>Article 4 - Égalité de traitement</b> À moins que le présent règlement n'en dispose autrement, les personnes auxquelles le présent règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci.
<b>Article 4 - Champ d'application matériel</b> 1. Le présent règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent : a) les prestations de maladie et de maternité ; b) les prestations d'invalidité, y compris celles qui sont destinées à maintenir ou à améliorer la capacité de gain ; c) les prestations de vieillesse ; d) les prestations de survivants ; e) les prestations d'accident du travail et de maladie professionnelle ; f) les allocations de décès ; g) les prestations de chômage ; h) les prestations familiales. 2. Le présent règlement s'applique aux régimes de sécurité sociale généraux et spéciaux, contributifs et non contributifs, ainsi qu'aux régimes relatifs aux obligations de l'employeur ou de l'armateur concernant les prestations visées au paragraphe 1	<b>Article 3 - Champ d'application matériel</b> 1. Le présent règlement s'applique à toutes les législations relatives aux branches de sécurité sociale qui concernent: a) les prestations de maladie; b) les prestations de maternité et de paternité assimilées; c) les prestations d'invalidité; d) les prestations de vieillesse; e) les prestations de survivant; f) les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles; g) les allocations de décès; h) les prestations de chômage; i) les prestations de préretraite; j) les prestations familiales. 2. Sauf disposition contraire prévue à l'annexe XI, le présent règlement s'applique aux régimes de sécurité sociale généraux et spéciaux, soumis ou non à cotisations, ainsi qu'aux régimes relatifs aux obligations de l'employeur ou de l'armateur.
<b>Article 5 - Déclarations des États membres concernant le champ d'application du présent règlement</b> Les États membres mentionnent les législations et régimes visés à l'article 4 paragraphes 1 et 2, les prestations spéciales à caractère non contributif visées à l'article 4 paragraphe 2 bis, les prestations minimales visées à l'article 50 ainsi que les prestations visées aux articles 77 et 78, dans les déclarations notifiées et publiées conformément à l'article 97.	<b>Article 9 - Déclarations des États membres concernant le champ d'application du présent règlement</b> 1. Les États membres notifient par écrit à la Commission européenne les déclarations faites conformément à l'article 1 <sup>er</sup> , point 1), les législations et les régimes visés à l'article 3, les conventions visées à l'article 8, paragraphe 2, les prestations minimales visées à l'article 58, et l'absence de système d'assurance visée à l'article 65 bis, paragraphe 1, ainsi que les modifications de fond. Ces notifications comportent la date à partir de laquelle le présent règlement est applicable aux régimes précisés par les États membres dans leurs déclarations. 2. Lesdites notifications sont adressées chaque année à la Commission européenne et font l'objet de la publicité nécessaire.

<b>Règlement (CEE) n°1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté</b>	<b>Règlement (CE) n°883/2004 du Parlement Européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale</b>
<b>Titre II – Détermination de la législation applicable</b>	<b>Titre II – Détermination de la législation applicable</b>
<b>Article 13 - Règles générales</b> 1. Sous réserve des articles 14 quater et 14 septies, les personnes auxquelles le présent règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre. Cette législation est déterminée conformément aux dispositions du présent titre.	<b>Article 11 - Règles générales</b> 1. Les personnes auxquelles le présent règlement est applicable ne sont soumises qu'à la législation d'un seul État membre. Cette législation est déterminée conformément au présent titre.
<b>Article 15 - Règles concernant l'assurance volontaire ou l'assurance facultative continuée</b> 1. Les articles 13 à 14 quinquies ne sont pas applicables en matière d'assurance volontaire ou facultative continuée sauf si, pour l'une des branches visées à l'article 4, il n'existe dans un État membre qu'un régime d'assurance volontaire. 2. Au cas où l'application des législations de deux ou plusieurs États membres entraîne le cumul d'affiliation : - à un régime d'assurance obligatoire et à un ou plusieurs régimes d'assurance volontaire ou facultative continuée, l'intéressé est soumis exclusivement au régime d'assurance obligatoire, - à deux ou plusieurs régimes d'assurance volontaire ou facultative continuée, l'intéressé ne peut être admis qu'au régime d'assurance volontaire ou facultative continuée pour lequel il a opté. 3. Toutefois, en matière d'invalidité, de vieillesse et de décès (pensions), l'intéressé peut être admis à l'assurance volontaire ou facultative continuée d'un État membre, même s'il est obligatoirement soumis à la législation d'un autre État membre, dans la mesure où ce cumul est admis explicitement ou implicitement dans le premier État membre.	<b>Article 14 - Assurance volontaire ou assurance facultative continuée</b> 1. Les articles 11 à 13 ne sont pas applicables en matière d'assurance volontaire ou facultative continuée sauf si, pour l'une des branches visées à l'article 3, paragraphe 1, il n'existe dans un État membre qu'un régime d'assurance volontaire. 2. Quand, en vertu de la législation d'un État membre, l'intéressé est soumis à l'assurance obligatoire dans cet État membre, il ne peut pas être soumis dans un autre État membre à un régime d'assurance volontaire ou facultative continuée. Dans tous les autres cas, où s'offre pour une branche donnée le choix entre plusieurs régimes d'assurance volontaire ou facultative continuée, la personne concernée n'est admise qu'au régime qu'elle a choisi. 3. Toutefois, en matière de prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivant, l'intéressé peut être admis à l'assurance volontaire ou facultative continuée d'un État membre, même s'il est obligatoirement soumis à la législation d'un autre État membre, dès lors qu'à un moment donné de sa vie active, il a été soumis à la législation du premier État membre pour y avoir exercé une activité salariée ou non salariée et dans la mesure où ce cumul est admis explicitement ou implicitement en vertu de la législation du premier État membre. 4. Si la législation d'un État membre subordonne le droit à l'assurance volontaire ou facultative continuée à la résidence du bénéficiaire dans cet État membre ou à l'exercice d'une activité antérieure salariée ou non salariée, l'article 5, point b), ne s'applique qu'aux personnes qui, par le passé, à un moment quelconque, ont été soumises à la législation de cet État membre sur la base de l'exercice d'une activité salariée ou non salariée.

## 2. SUR LA COMPATIBILITE DE L'ACTIVITE DE LA CFE AU DROIT EUROPEEN

### 2.1 Le régime d'assurance volontaire offert par la CFE aux Français résidant dans l'EEE et la Suisse en matière de risques maladie, maternité, accidents du travail et maladie professionnelle présente des fragilités juridiques au regard du règlement européen n°883/2004 portant sur la coordination entre régimes de sécurité sociale

#### 2.1.1 Le principe d'unicité de législation applicable figurant dans le règlement de 2004 implique l'interdiction du cumul entre assurance obligatoire et assurance volontaire ou facultative continuée

Les ressortissants des États membres de l'UE ne peuvent être soumis qu'à la législation d'un seul État membre selon l'article 11 du règlement de 2004.

Ce principe vise à éviter les complications qui pourraient résulter du cumul de législations nationales applicables, comme le rappelle le 15<sup>ème</sup> considérant du règlement de 2004 : « Il convient de soumettre les personnes qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté au régime de la sécurité sociale d'un seul État membre, afin d'éviter les cumuls de législations nationales applicables et les complications qui peuvent en résulter ». En particulier, il vise à éviter qu'un ressortissant d'un État membre soit soumis à une double affiliation ou ne soit affilié à aucun régime de sécurité sociale.

Le règlement définit par ailleurs les règles permettant de déterminer la législation applicable. En principe, la personne exerçant une activité professionnelle, salariée ou non salariée, dans un État membre, est soumise à la législation de cet État. Les personnes inactives sont soumises à la législation de l'État où ils résident (article 11).

L'interdiction du cumul entre assurance obligatoire et assurance volontaire ou facultative continuée découle directement de ce principe d'unicité de la législation applicable. L'article 14 du règlement européen n°2004/884 interdit explicitement un tel cumul. Le paragraphe 2 de l'article 14 est ainsi rédigé : « Quand, en vertu de la législation d'un État membre, l'intéressé est soumis à l'assurance obligatoire dans cet État membre, il ne peut pas être soumis dans un autre État membre à un régime d'assurance volontaire ou facultative continuée. Dans tous les autres cas, où s'offre pour une branche donnée le choix entre plusieurs régimes d'assurance volontaire ou facultative continuée, la personne concernée n'est admise qu'au régime qu'elle a choisi ».

Le paragraphe 3 de l'article 14 prévoit cependant une exception pour les prestations invalidité, vieillesse et de survivant : *« toutefois, en matière de prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivant, l'intéressé peut être admis à l'assurance volontaire ou facultative continuée d'un État membre, même s'il est obligatoirement soumis à la législation d'un autre État membre, dès lors qu'à un moment donné de sa vie active, il a été soumis à la législation du premier État membre pour y avoir exercé une activité salariée ou non salariée et dans la mesure où ce cumul est admis explicitement ou implicitement en vertu de la législation du premier État membre ».*

#### 2.1.2 Dès lors que la CFE entrerait dans le champ d'application du règlement de 2004, son activité de couverture des risques maladie, maternité, accidents du travail, maladie professionnelle dans l'EEE-Suisse serait incompatible avec ce règlement.



### 2.1.2.1. La CFE pourrait entrer dans le champ d'application du règlement de 2004.

L'article 3 du règlement de 2004 stipule que les législations relatives aux branches de sécurité sociale portant sur les prestations maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survivant, accidents du travail et maladie professionnelles rentrent dans le champ de la coordination.

La CFE pourrait entrer dans le champ de la coordination par son activité matérielle puisqu'elle sert des prestations pour couvrir ces risques.

La jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) laisse en outre supposer que la CFE serait bien considérée comme une législation d'un État membre relative aux branches de sécurité sociale. Lorsqu'elle s'était prononcée sur des contentieux impliquant l'Office de sécurité sociale d'Outre-mer (OSSOM), régime volontaire de sécurité sociale destiné à assurer les Belges exerçant une activité professionnelle dans les États tiers, la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) avait énoncé que ce régime facultatif relevait, en tant que législation d'un État membre, du règlement de coordination n°1408-71 de 1971<sup>1</sup>. La Cour précise en effet que le terme de législation « *se caractérise par son contenu large, englobant tous les types de mesure législatives, réglementaires et administratives adoptées par des États membres et doit être comprise comme visant l'ensemble des mesures nationales applicables en la matière* ».

### 2.1.2.2. La couverture des risques maladie, maternité, accidents du travail, maladie professionnelle par la CFE dans l'EEE-Suisse présente des fragilités juridiques au regard des règlements européens de coordination.

Dans la mesure où le règlement européen de 2004 interdit explicitement le cumul entre assurance obligatoire et assurance volontaire ou facultative continuée pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladie professionnelle et à la condition que la CFE entre bien dans le champ d'application du règlement, son activité pour couvrir ces risques dans l'EEE-Suisse pourrait être incompatible avec le règlement européen de 2004.

La couverture par la CFE des risques vieillesse, invalidité et survivant est en revanche compatible avec le règlement de 2004.

La Cour de justice de l'UE s'est prononcée le 12 février 2015<sup>2</sup> sur la notion d'assurance volontaire ou facultative continuée. Elle a d'abord rappelé que le libellé de cette notion faisait apparaître l'intention de couvrir tous les types d'assurance comportant un élément volontaire. Elle a souligné qu'il convenait de se référer aux objectifs poursuivis par le règlement concerné consistant à empêcher que des ressortissants européens soient sans protection en matière de sécurité sociale, mais également à tendre à ce que les intéressés soient soumis au régime de la sécurité sociale d'un seul État membre, de sorte que les cumuls de législations nationales applicables et les complications qui peuvent en résulter soient évités.

### 2.1.3 La contrariété éventuelle entre les dispositions législatives autorisant la CFE à intervenir dans l'EEE-Suisse et l'article 14 du règlement de 2004 pourrait ouvrir la voie à une action en manquement

La division des affaires communautaires et internationales au sein de la DSS et la direction des affaires juridiques du ministère de l'Économie et des finances ont exposé à la mission n'avoir pas

<sup>1</sup> Cour de justice des Communautés européennes, 1977, Bozzone ; CJCE, 1987, Giancarlo Laborero et Francesca Sabata contre Ossom

<sup>2</sup> CJUE, 12 février 2015, *Bouman contre Rijksdienst voor Pensioenen*, aff. C-114/13



connaissance d'un contentieux relatif à la violation des dispositions du règlement n°883/2004 ouvert à l'encontre de la France. Néanmoins, un recours, fondé sur l'article 258 TFUE relatif au recours en manquement, pourrait être formé à l'initiative de la Commission européenne ou à la suite d'une plainte d'un organisme proposant des prestations d'assurance complémentaire concurrentes (qui peut toutefois légalement intervenir dans la zone EEE-Suisse).

À l'issue d'un recours en manquement qui conclurait à l'incompatibilité de l'activité de la CFE avec le règlement européen de coordination, l'État français serait contraint de mettre fin à l'activité de la CFE dans la zone EEE pour l'avenir<sup>3</sup>.

## **2.2 Les fragilités juridiques qui entourent l'activité de la CFE dans la zone EEE-Suisse au regard des dispositions du règlement européen de coordination de sécurité sociale sont connues depuis l'origine de la CFE et résultent du choix du législateur.**

### **2.2.1 L'autorisation d'intervention de la CFE dans la CEE pour la couverture des risques maladie maternité et accidents du travail maladie professionnelle a été justifiée par la volonté d'améliorer la couverture des Français expatriés dans cette zone**

L'intervention de la CFE dans l'EEE-Suisse a été autorisée par la loi n°84-604 du 13 juillet 1984 portant diverses mesures d'amélioration de la couverture sociale des Français de l'étranger. Auparavant, la loi n°76-1287 du 31 décembre 1976 et la loi n°80-471 du 27 juin 1980 réservaient aux seuls salariés, travailleurs non-salariés et pensionnés « n'appartenant pas à la Communauté européenne » la faculté d'adhésion à la CFE. La loi supprime cette restriction pour ces catégories (articles 3, 8, 10). La faculté d'adhésion à la CFE reconnue aux divers inactifs (article 12) s'applique d'emblée pour les inactifs résidant dans la CEE.

Avant même l'adoption de la loi relative à la CFE, le règlement du Conseil CEE n°1408/71 du 14 juin 1971 organisait la coordination entre régimes de sécurité sociale dans la CEE. Plus particulièrement, les paragraphes 2 et 3 de l'article 15 de ce règlement<sup>4</sup> prévoyaient l'interdiction de principe de cumul entre assurance obligatoire et assurance volontaire ou facultative continuée et les exceptions pour les assurances vieillesse, invalidité et survivant.

L'extension de la faculté d'adhésion aux Français résidant dans la CEE avait alors été justifiée par les difficultés rencontrées par les Français résidant dans cette zone. Le rapport de la commission des affaires sociales du Sénat, rédigé par le sénateur Jean-Pierre Cantegrit, fait état des difficultés rencontrées par les Français résidant en Allemagne, aux Pays-Bas et en Grèce. Les personnes résidant en Allemagne et aux Pays-Bas auraient notamment eu l'obligation d'adhérer à des assurances privées lorsque leurs revenus dépassaient un certain plafond. Le rapport insiste par ailleurs sur la nécessité de respecter le règlement européen de 1971, mais n'envisage de risques contentieux que relatifs à la rupture d'égalité de traitement entre Français et ressortissants communautaires. Il recommande ainsi au Gouvernement d'autoriser l'adhésion à la CFE des ressortissants communautaires afin d'éviter toute discrimination.

<sup>3</sup> S'il ne prenait pas les mesures nécessaires pour conformer la législation à la position de la CJUE, l'État français pourrait être condamné, dans le cadre d'une action en manquement sur manquement (article 260 TFUE), à prendre les mesures qui s'imposent sous astreinte ou à l'appui du versement de pénalités financières.

<sup>4</sup> Règlement du Conseil CEE n°1408/71 du 14 juin 1971.

### 2.2.2 L'incertitude concernant la compatibilité entre les dispositions législatives françaises et les règlements européens de 1971 puis de 2004 a été identifiée de longue date par l'administration.

Plusieurs documents transmis à la mission démontrent que le problème est connu de la DSS depuis au moins 1992. Ainsi un courrier en date du 18 janvier 1992, émanant de la sous-direction des affaires administratives et financières, au sein de la division des conventions internationales, rappelle à la CFE qu'elle ne peut assurer indifféremment tous les Français résidant dans la CEE. Elle n'est autorisée à intervenir en vertu du règlement de 1971 que dans un nombre de cas limité. L'incompatibilité éventuelle entre l'activité de la CFE dans l'EEE-Suisse et les règlements européens est un sujet par la suite régulièrement évoqué : dans le rapport de l'IGAS de 1998 écrit par M. Soutou et M<sup>me</sup> Gauzere portant sur l'assurance maladie volontaire des Français de l'étranger, dans une note de la division des affaires européennes et internationales en date du 22 février 1999 à destination du cabinet de la ministre, dans le rapport de M<sup>me</sup> Bas-Théron remis en 2010 portant sur la prise en charge des pensionnés d'un régime français de retraite résidant à l'étranger.

### 2.2.3 Le législateur avait par ailleurs choisi d'inscrire la couverture du risque chômage des Français expatriés dans l'EEE et la Suisse dans le cadre de la coordination du règlement de 1971

Le champ d'application matériel du règlement européen de coordination en matière de sécurité sociale (règlement CEE 1408/71 du 14 juin 1971 puis règlement CE 883/2004 du 29 avril 2004) comprend le risque de privation d'emploi, au même titre que les risques maladie, maternité, invalidité, décès, vieillesse et survie. L'examen des conditions dans lesquelles a été organisée depuis les années 1970, au travers de l'UNEDIC, la couverture du risque chômage pour les Français de l'étranger est riche d'enseignements comparatifs en ce qui concerne les solutions retenues par le législateur s'agissant des assurances volontaires gérées par la CFE.

Les partenaires sociaux interprofessionnels ont autorisé, par une annexe 15 au règlement général de l'UNEDIC, la couverture chômage de certains salariés employés hors de France. Cette faculté d'affiliation a été généralisée par un protocole du 10 décembre 1971 à tous les personnels salariés occupés en dehors de la France métropolitaine. Tirant les conséquences du règlement de coordination du 14 juin 1971 et de l'existence d'un régime obligatoire d'assurance chômage dans tous les États membres, l'UNEDIC a prévu par avenant du 21 septembre 1972 que « *peuvent participer [à ce régime] les salariés occupés sur un territoire étranger autre que celui d'un État de la CEE, un territoire français d'outre-mer et non admis à conserver le bénéfice du régime français de sécurité sociale* » (Titre I, A du protocole). Cette position d'exclusion de l'espace communautaire est demeurée constante depuis, malgré la réforme introduite par la loi du 16 janvier 1979 relative à l'aide aux travailleurs privés d'emploi. À la suite d'un amendement introduit par le sénateur Jean-Pierre Cantegrit, l'article L. 351-3 du code du travail (devenu, depuis, l'article L. 5422-13 du code du travail) a fait bénéficier de l'affiliation obligatoire à l'UNEDIC « *les travailleurs salariés détachés à l'étranger, ainsi que les travailleurs salariés français expatriés* » (droit étendu depuis à l'ensemble des salariés expatriés par un employeur établi en France), sans que les ASSEDIC ne puissent refuser les adhésions correspondantes. La loi du 16 janvier 1979 a obligé, par l'article L. 351-9 du code du travail, les partenaires sociaux à modifier en ce sens la convention du 31 décembre 1958 et ses textes d'application.

Au cours de la discussion générale, le sénateur Cantegrit avait estimé que la mesure relative aux expatriés ne devait pas s'appliquer à la CEE : « *les travailleurs salariés expatriés résidant dans un pays de la CEE bénéficient des allocations de chômage, conformément aux dispositions insérées au chapitre VI du règlement n°1408-71 du conseil de la CEE du 14 juin 1971. La coordination des régimes d'indemnisation entre les pays membres de la CEE permet aux intéressés de se voir verser les prestations de chômage par l'institution des pays où ils résident habituellement ou séjournent provisoirement et de bénéficier, en cas de retour en France, de l'inscription au régime Assédic* ».

Depuis, les trois régimes applicables aux salariés expatriés occupés hors de France, tels que formalisés dans l'annexe IX au règlement général annexé à la convention UNEDIC sont les suivants : l'affiliation obligatoire des employeurs ; l'affiliation facultative des employeurs ; l'adhésion facultative individuelle des salariés. Ces trois régimes excluent, de leur champ territorial d'application, l'EEE et la Suisse, du fait de l'existence du régime européen de coordination.

## 2.3 Les différences de traitement entre ressortissants français et communautaires pour la couverture des risques MMI et AT MP représentent un risque contentieux

L'inégalité de traitement entre Français et ressortissants communautaires pourrait représenter un risque contentieux.

Les règlements de 1971 puis de 2004 énoncent le principe d'égalité de traitement entre les ressortissants d'un État membre et les ressortissants communautaires. L'article 4 du règlement de 2004 stipule ainsi que « *les personnes auxquelles le présent règlement s'applique bénéficient des mêmes prestations et sont soumises aux mêmes obligations, en vertu de la législation de tout État membre, que les ressortissants de celui-ci* ». Ce principe s'applique à la CFE puisqu'elle constitue une législation de sécurité sociale au sens des règlements de 1971 puis 2004 et ce même si les ressortissants communautaires résident dans des États tiers. Ainsi la Cour de justice des Communautés européennes a jugé que l'OSSOM rentrait bien dans le champ d'application du règlement de 1971, même si les personnes assurées travaillaient exclusivement dans les États tiers. Elle était donc soumise au principe d'égalité de traitement entre ressortissants belges et communautaires<sup>5</sup>. Ainsi ce risque contentieux est indépendant de la question de l'éventuel maintien de l'activité de la CFE dans l'EEE-Suisse.

On constate que Français et ressortissants communautaires sont soumis à des conditions d'adhésion très différentes pour l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité et accidents du travail maladie professionnelle.

### 2.3.1 Les ressortissants communautaires et les Français sont désormais soumis aux mêmes conditions pour l'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse

Les ressortissants communautaires ont longtemps été soumis à des conditions d'affiliation beaucoup plus restrictives pour l'adhésion au risque vieillesse. La loi n°65-555 du 10 juillet 1965 dispose que tous les Français exerçant une activité professionnelle à l'étranger ont la faculté d'adhérer au régime d'assurance vieillesse volontaire. La circulaire ministérielle n°213 du 13/12/68 relative à l'admission des ressortissants des États membres de la CEE au bénéfice de la loi n°65-555 du 10 juillet 1965 énonce des conditions d'adhésion beaucoup plus restrictives pour les ressortissants communautaires. Le ressortissant communautaire voulant adhérer à la CFE ne doit pas exercer d'activité professionnelle sur le territoire dont il est ressortissant. Surtout, il doit justifier, soit avoir résidé en France pendant au moins 10 années, consécutives ou non, soit avoir été soumis à la législation française, à titre obligatoire, ou facultatif continué, pendant la même durée. Ces conditions ont été inscrites à l'annexe VI *Modalités particulières d'application des législations de certains États membres*, du règlement de 1971.

A la suite d'un arrêt de la Cour de cassation du 19 février 2009, le législateur a soumis les adhérents de nationalité française et étrangère aux mêmes conditions pour l'assurance volontaire vieillesse. La Cour de cassation a en effet jugé que la faculté de rachat de trimestres de retraite ouverte aux

<sup>5</sup> CJCE, 1987, Giancarlo Laborero et Francesca Sabata contre OSSOM

travailleurs expatriés ne pouvait être refusée à un ressortissant étranger. La décision de la Cour de cassation supprimait ainsi toute condition de nationalité pour pouvoir cotiser aux assurances retraites. La loi n°2009-1646 de financement de la sécurité sociale tire les conséquences de cette décision. L'article 72 supprime la condition de nationalité mais introduit une condition d'affiliation préalable, à quelque titre que ce soit, à un régime français obligatoire d'assurance maladie pendant une durée minimale fixée par décret<sup>6</sup>. Le décret n° 2010-1738 du 30 décembre 2010 relatif à l'assurance volontaire vieillesse et au rachat de cotisations fixe cette durée à 5 ans. Cette condition s'applique dès lors aux adhérents français et communautaires du risque vieillesse à la CFE.

Ainsi Français et ressortissants communautaires peuvent désormais adhérer à l'assurance volontaire vieillesse à condition d'avoir été affiliés pendant une période de 5 ans à un régime obligatoire français d'assurance maladie.

### 2.3.2 Les conditions d'adhésion des ressortissants communautaires aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accidents du travail-maladie professionnelle ne figurent dans aucun texte normatif et les différences de conditions d'adhésion pourraient constituer une discrimination au regard du droit de l'UE

Plusieurs dispositions du code de la sécurité sociale réservent la faculté d'adhésion aux assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et accident du travail-maladie professionnelle aux personnes de nationalité française : travailleurs salariés ou assimilés (L.762-1), travailleurs non salariés expatriés (L.765-1), diverses catégories d'inactifs (L.765-1 ; L.765-2), étudiants (L.765-2-1), autres catégories (L.765-3).

La CFE admet cependant les adhésions de ressortissants communautaires mais cette pratique ne repose sur aucune base juridique. Des négociations s'étaient engagées en 1989 entre la France, la Commission européenne et les autres États membres afin d'inscrire à l'annexe VI du règlement européen de 1971 les conditions autorisant les ressortissants communautaires à adhérer à la CFE pour ces risques. La France proposait alors d'appliquer les mêmes conditions que celles qui s'appliquaient pour l'adhésion au risque vieillesse. Face aux réactions mitigées des autres États membres et de la Commission européenne pour qui les conditions imposées par la France aux ressortissants communautaires aboutissaient à une discrimination indirecte, les autorités françaises avaient préféré temporiser. Aussi ces conditions n'ont-elles jamais figuré dans l'annexe VI. Elles ne figurent pas davantage dans un texte de droit interne.

La CFE a récemment modifié ces conditions pour les aligner sur celles qui s'appliquent aux adhésions pour l'assurance volontaire vieillesse. Ces nouvelles conditions sont entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2011. Cette décision ne figure explicitement dans aucun texte réglementaire ou législatif. Désormais, les ressortissants communautaires peuvent adhérer à la CFE à condition de ne pas résider dans le pays dont ils sont ressortissants et, à défaut de présenter leur demande en continuité d'un régime obligatoire français, d'avoir été affiliés pendant une période de 5 années à un régime obligatoire français.

Malgré ces améliorations, le cadre juridique français demeure fragile. En effet la condition de nationalité énoncée par divers articles législatifs du CSS (cf *supra*) constitue une discrimination directe. Même si les conditions effectivement appliquées pour les adhésions des ressortissants communautaires devaient trouver une traduction normative, la différence de traitement entre Français et ressortissants communautaires serait contraire à l'article 4 du règlement de 2004 et pourrait également constituer une discrimination directe. Il faut remarquer que les différences de traitement entre ressortissants communautaires et Français pour l'adhésion à l'assurance volontaire vieillesse avaient été explicitement prévues, acceptées par les autres États membres et annexées au règlement de

---

<sup>6</sup> Cette disposition figure désormais à l'article L.742-1 du code de la sécurité sociale

1971. Ce n'est pas le cas pour l'adhésion des ressortissants communautaires aux autres assurances volontaires. Or ces différences de traitement persistent : en effet tous les Français expatriés ont la faculté d'adhérer à la CFE tandis que les ressortissants communautaires peuvent s'affilier à la CFE si leur demande est faite en continuité d'une affiliation à un régime obligatoire français ou, à défaut, s'ils ont été affiliés pendant 5 ans à un régime obligatoire français.

Pour être compatibles avec le règlement de 2004, les conditions imposées aux Français et aux ressortissants des autres États membres devraient être identiques. En outre, les conditions actuelles pourraient devoir être assouplies. Il pourrait être considéré que la condition de 5 ans d'affiliation introduit une discrimination indirecte. Les discriminations indirectes sont tolérées si elles sont objectivement justifiées et proportionnées à l'objectif poursuivi<sup>7</sup>.

Un contentieux pourrait naître d'un recours en manquement à l'initiative de la Commission européenne. Un ressortissant communautaire auquel on aurait refusé une adhésion à la CFE pourrait également introduire un recours auprès d'une juridiction administrative française. La décision de refus d'adhésion pourrait alors être annulée car reposant sur des dispositions inconventionnelles. Ce risque existe quel que soit l'avenir de la CFE dans l'EEE-Suisse.

Lors de son déplacement en Belgique, la mission a pu constater que tous les ressortissants communautaires disposaient de la faculté d'adhérer à l'OSSOM, sans qu'aucune condition particulière ne s'applique.

## 2.4 La participation de l'État au budget d'action sanitaire et sociale de la caisse constitue une aide d'État illégale<sup>8</sup>

A raison du caractère volontaire des assurances qu'elle propose, et en référence aux autres organismes privés intervenant sur le marché de la protection des expatriés, la CFE peut être qualifiée d'entreprise au regard du droit européen de la concurrence et des aides d'État. La CFE reçoit un concours financier de l'État (0,5 M€ en 2014) afin de prendre en charge une partie des cotisations des Français résidant à l'étranger qui ne disposent pas de la totalité des ressources nécessaires pour acquitter, à titre d'adhérent individuel, la cotisation correspondant à la catégorie de cotisation la plus faible<sup>9</sup>. Le montant de cette aide devrait en principe être notifié à la Commission européenne puisqu'il est supérieur au montant *de minimis* de 200 000 € sur 3 ans et, en l'absence de notification à ce jour, constitue une aide d'État illégale. Il semble difficile d'envisager que cette aide soit compatible avec les traités européens au motif qu'elle serait constitutive d'une aide à caractère sociale octroyée aux consommateurs individuels<sup>10</sup>. En effet, elle est susceptible d'être octroyée exclusivement par l'intermédiaire de la CFE.

À l'inverse, la participation de l'État au financement d'une partie des cotisations des adhérents de la CFE, qui intervient en application de l'article L. 766-2-3 du code de la sécurité sociale, pourrait être regardée comme la compensation d'un service d'intérêt économique général, compatible avec les traités européens, bien que le mandat que confie aujourd'hui l'État à la CFE n'en respecte pas toutes les exigences de forme<sup>11</sup> fixées dans le « paquet Almunia »<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> CJCE, 2000, Borawitz

<sup>8</sup> Analyse s'appuyant notamment sur celle de la direction des affaires juridiques du ministère chargé de l'économie et des finances, note du 6 mai 2015.

<sup>9</sup> Article L. 766-2-3 CSS : « Lorsque les Français de l'étranger, résidant dans un Etat situé hors de l'Espace économique européen, ne disposent pas de la totalité des ressources nécessaires pour acquitter, à titre d'adhérent individuel, la cotisation correspondant à la catégorie de cotisation la plus faible visée au 1° de l'article L. 762-3 et au deuxième alinéa de chacun des articles L. 763-4, L. 765-7 et L. 765-8, une partie de cette cotisation, dont le montant est fixé par arrêté interministériel, est prise en charge, à leur demande, par le budget de l'action sanitaire et sociale de la Caisse des Français de l'étranger ».

Article L. 766-9 CSS : « Le budget de l'action sanitaire et sociale est financé, pour l'action visée au 1° de l'article L. 766-4-1, par la Caisse des Français de l'étranger et par un concours de l'Etat ».

<sup>10</sup> Article 107, § 2 a) TFUE.

<sup>11</sup> Le mandat doit notamment mentionner :

- la nature et la durée des obligations de service public ;



Outre son faible montant (0,5 M€ en 2014), qui ne suffit pas à couvrir le coût des exonérations de cotisation sociale (1,2 M€), cette subvention ne permet pas de diminuer le coût des cotisations des adhérents résidant dans l'EEE-Suisse, cette exclusion étant explicitement prévue par la loi n°2002-73 du 17 janvier 2002. **Dès lors, il est difficile d'imaginer que la participation de l'État soit susceptible de distordre la concurrence, à l'avantage de la CFE, au point de susciter un contentieux de la part de l'un des concurrents de la caisse.**

### 3. ANALYSE DES ARGUMENTS PRESENTES PAR LA CFE POUR JUSTIFIER LE MAINTIEN DE SON ACTIVITE DANS L'EEE ET LA SUISSE POUR LE RISQUE MALADIE-MATERNITE-INVALIDITE

La question de la compatibilité entre la CFE et le droit de l'UE se pose depuis longtemps.

L'intervention de la CFE dans l'UE avait été justifiée à l'origine par la volonté d'assurer une meilleure protection aux Français expatriés dans l'UE (*cf. infra*). D'autres arguments ont été avancés par différents interlocuteurs de la mission : CFE, Medef, Humanis.

Ces arguments sont de plusieurs ordres.

#### 3.1 La CFE soutient que le maintien de son activité dans l'EEE-Suisse est indispensable aux Français résidant dans certains pays de cette zone étant donné le niveau insuffisant de leur système de protection sociale.

Le rapport Gaüzere Soutou (1998) avait noté que le règlement de 1971 interdisait « *de facto la prospection commerciale par la CFE de nouveaux adhérents au sein de l'UE* » et que l'EEE était un marché qui « *se refermait* ». Force est de constater que ces prévisions ont été démenties. Étant donné l'importance du marché européen pour l'équilibre économique et financier de la CFE, celle-ci ne semble pas avoir mis un terme à ses activités de prospection dans cette zone. Le nombre d'adhérents et de personnes couvertes par la CFE a progressé depuis le rapport de 1998. En 1998, la CFE comptait 5 897 adhérents en Allemagne, Belgique, Espagne, Grèce, Italie, Royaume-Uni. En 2014, la CFE compte 7 021 adhérents dans ces mêmes pays, soit une hausse de 20% entre 1998 et 2014. Par ailleurs, étant donné que le règlement de coordination de 2004 s'applique désormais à tous les pays de l'EEE (30 États) et de la Suisse, le nombre d'adhérents qui rentrent dans le champ de cette coordination est mécaniquement plus élevé : 11 959 adhérents résident ainsi dans un pays entrant dans le champ de la coordination des systèmes de sécurité sociale. La hausse a donc été d'environ 100% depuis 1998.

L'étude des données transmises par la CFE sur les adhérents couverts dans l'EEE-Suisse montrent en outre une importante concentration dans les pays limitrophes : 8 737 adhérents, soit 73% des adhérents dans l'EEE-Suisse résident en Allemagne, Royaume-Uni, Espagne, Italie, Luxembourg, Belgique, Luxembourg. Seuls 1 554 adhérents, soit 13% des adhérents dans cette zone résident en Bulgarie et dans les nouveaux États membres de l'UE : Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Malte, Croatie, les États baltes, République Tchèque. Le Royaume-Uni représente à lui seul 26% des adhérents de la zone et la Suisse 15%.

- 
- l'entreprise et, s'il y a lieu, le territoire concerné ;
  - la nature de tout droit exclusif octroyé à l'entreprise par l'autorité octroyant l'aide ;
  - la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation
  - les modalités de récupération des éventuelles surcompensations (par exemple, restitution au budget de l'Etat) et les moyens d'éviter ces dernières.

<sup>12</sup> Communication 2012/C 8/03 du 20 décembre 2011, JOUE C 8 du 11 janvier 2012.

### 3.1.1 Les assurances volontaires proposées par la CFE semblent redondantes dans les pays de l'EEE-Suisse compte tenu du niveau de protection sociale garanti par le mécanisme européen de coordination.

L'avantage comparatif de la CFE dans la zone EEE-Suisse est faible étant donné le haut degré de coordination entre les pays.

Tout d'abord, les règles de coordination ont un champ d'application large. Le règlement de 2004 s'applique à tous les ressortissants des États membres, alors que le règlement de 1971 excluait de son champ d'application les pensionnés et les inactifs. Par ailleurs, il concerne à présent 31 États.

Ces règles de coordination offrent des avantages similaires à ceux mis en avant dans l'offre de la CFE, dans la mesure notamment où elles permettent aux résidents d'éviter le délai de carence au retour.

Certaines catégories sont particulièrement protégées par les règlements européens. Ainsi les étudiants résidant moins d'un an dans un autre pays de l'EEE-Suisse se voient délivrer gratuitement la carte européenne d'assurance maladie par la CNAM. Dans ce cas, les dépenses de santé dans le pays de résidence étranger seront prises en charge dans les mêmes conditions que celles du régime local, sans que l'étudiant ait à cotiser. Les soins de santé en France seront pris en charge aux mêmes conditions que celles du régime général.

Le règlement de 2004 a également introduit un système de coordination spécifique pour les pensionnés. Le mécanisme, assez complexe, est décrit dans la circulaire n°DSS/DACI/2010/363 du 4 octobre 2010 relative à l'entrée en application des nouveaux règlements (CE) n°883/2004 et 987/2009 de coordination des systèmes de sécurité sociale ainsi que dans le rapport IGAS de F. Bas-Théron. On peut d'abord remarquer que les pensionnés d'un régime obligatoire français continuent de cotiser pour le risque maladie par le biais de la CSG ou de la Cotam. Le système de coordination prévoit que la France prend en charge les soins de santé à l'étranger et en France des Français titulaires d'une pension d'un régime obligatoire français. Elle est également compétente pour les soins des poly-pensionnés français lorsque la durée de cotisation en France est supérieure aux durées de cotisation dans un autre pays de l'EEE-Suisse. La France prend en charge les soins exposés à l'étranger en payant un forfait à l'État de résidence. Les soins reçus dans le pays de résidence sont pris en charge selon la législation de ce pays. En 2005, le coût moyen du forfait annuel dans l'Europe communautaire était de 3 662€

En cas de séjour temporaire en France (ou dans un autre État membre), le pensionné peut bénéficier des prestations en nature pour les soins inopinés. Pour les soins « programmés », le pensionné doit en principe obtenir l'autorisation (E112) de son institution du lieu de résidence. Même en l'absence de demande d'autorisation, le pensionné peut être pris en charge aux conditions du régime général.

Pour ces deux catégories, l'intérêt d'une adhésion à la CFE dans l'EEE-Suisse paraît limité. Les étudiants qui partent à l'étranger moins d'un an sont rattachés au régime général d'assurance maladie. Une adhésion à la CFE joue alors le rôle d'une mutuelle, leur permettant d'obtenir des remboursements plus favorables à l'étranger. Cependant le gain reste limité : les étudiants sont alors remboursés sur la base du régime général, dans la limite des frais réellement exposés. Pour ceux qui résident plus d'un an à l'étranger, la CFE joue également le rôle d'une mutuelle et permet surtout l'accès au système de soins français. On compte pourtant 1 936 étudiants adhérents à la CFE dans l'EEE-Suisse.

Les pensionnés cotisent déjà au régime général par le biais des prélèvements obligatoires et leurs dépenses de santé à l'étranger et en France doivent être prises en charge par la France. Une adhésion à la CFE revient à cotiser deux fois au régime général. Le seul intérêt, limité, réside dans un meilleur remboursement des soins exposés à l'étranger. On compte cependant 1.331 pensionnés adhérents à la CFE dans l'EEE-Suisse.

Plus généralement, on peut se demander quel est l'intérêt de cotiser à la CFE pour les Français résidant dans les pays européens au niveau de développement comparable dans le cadre du mécanisme de coordination. Les Français résidant dans cette zone sont soumis de manière obligatoire au régime local et doivent acquitter des prélèvements obligatoires, parfois élevés. Les systèmes de santé des pays où l'on trouve la majeure partie des adhérents à la CFE en Europe ne peuvent être considérés comme défaillants. Pour ces Français, la CFE joue le rôle d'une mutuelle pour les soins exposés à l'étranger.

### **3.1.2 L'intérêt principal de la CFE dans l'EEE-Suisse réside dans l'accès qu'elle donne au système de soins français.**

En théorie, l'accès des Français résidant dans les pays de l'EEE-Suisse au système de soins français est différent selon qu'il s'agisse de soins inopinés ou de soins programmés. Les soins inopinés doivent être pris en charge par l'institution du lieu de séjour pour le compte de l'institution compétente. Les soins programmés sont soumis à un système d'autorisation préalable. Une autorisation de l'État d'affiliation permet une prise en charge des soins selon les tarifs de l'État de séjour. Sinon, ils seront couverts à hauteur du tarif de l'Etat d'affiliation. Une adhésion à la CFE a donc pour effet de faciliter l'accès au système de soins français puisque l'assuré n'a pas besoin d'obtenir une autorisation préalable. La mission n'a pas pu actualiser les données contenues dans le rapport de la Cour des comptes de 2010. Celui-ci précisait que « les dépenses remboursées par la CFE pour des soins pratiqués en France représentaient 50% des dépenses remboursées aux adhérents résidant en Espagne (mais 60% des adhérents non pensionnés) et 67% des dépenses remboursées aux adhérents résidant en Grande-Bretagne ».

## **3.2 Les autres organismes d'assurance à l'expatriation interviennent librement dans la zone EEE-Suisse.**

L'intervention de la CFE dans la zone EEE-Suisse n'est pas un droit exclusif accordé à la caisse mais ne fait que reproduire la faculté offerte aux autres organismes proposant des assurances à l'expatriation. L'incompatibilité de l'intervention de la CFE dans la zone EEE-Suisse aux règlements européens pourrait être invoquée par les concurrents de la caisse à l'appui d'un contentieux, mais ne constitue pas un avantage concurrentiel en soi.

L'adhésion volontaire à la CFE dans la zone EEE-Suisse expose ses adhérents, eu égard à la protection dont ils bénéficient *via* la coordination européenne, à un risque de sur-couverture pour les risques maladie et AT MP. Ce dont ils doivent être parfaitement informés au moment où ils font leur choix d'affiliation.

## **3.3 L'équilibre financier de la CFE, donc les conditions de poursuite de son activité, dépendent étroitement de son intervention dans l'EEE-Suisse.**

La zone EEE contribue à hauteur de 61 % (7,2 M€ sur 11,8 M€ en 2013) à l'écart technique consolidé sur le risque maladie. Hors contribution de la zone EEE-Suisse, l'assurance volontaire maladie serait demeurée équilibrée en 2013 (+4.5M€), mais cela essentiellement grâce à la contribution de la zone Amérique, alors même que la poursuite de l'activité de la CFE aux États-Unis pourrait, compte tenu des difficultés liées à la promulgation de l'*Obamacare* (cf. Annexe IV). La zone EEE-Suisse contribue ainsi de manière décisive à l'équilibre économique de la caisse.

Les prestations de la branche AT MP consistant essentiellement en des rentes viagères de victimes ou de survivants pour la plupart de retour en France, il n'est pas possible de distinguer la contribution de chaque zone géographique à l'écart technique consolidé sur ce risque.



**Recommandation n°1 :** Maintenir dans ses fondements actuels la CFE, pour faciliter la continuation de la sécurité sociale française à l'étranger et la mise en œuvre, par les entreprises actives à l'international, de leurs obligations conventionnelles.

**Recommandation n°2 :** Ne pas remettre en cause la couverture de l'EEE –Suisse par les assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et AT MP de la CFE, mais renforcer la qualité de l'information délivrée aux assurés sur les garanties offertes par le dispositif européen de coordination des systèmes de sécurité sociale. À cet effet, faire diffuser par la CFE, à la fois aux candidats à l'adhésion et aux assurés (en particulier aux étudiants dont le séjour à l'étranger n'excède pas 12 mois et aux pensionnés), une information établie par le CLEISS.



## **ANNEXE 3 – LE REGIME BELGE DE SECURITE SOCIALE D’OUTRE-MER : UN RETOUR D’EXPERIENCE UTILE**

**«L’annexe 3 est non communicable : article 6-III de la loi n°78-753 du 17 juillet 1978 ».**

***Avertissement méthodologique :** cette annexe a été réalisée par la mission IGAS-IGF à partir de sources publiques (législation et réglementation fédérale belge, rapports de la Cour des Comptes belge, informations figurant sur le portail internet du régime de sécurité sociale d’outre-mer, documents relatifs aux débats parlementaires) et d’indications fournies par la Cour des Comptes belge et le régime belge de sécurité sociale outre-mer lors du déplacement effectué le 21 avril 2015 à Bruxelles par la mission. Elle a donné lieu à la validation technique de l’ORPSS dont toutes les corrections ont été prises en compte. Il a été convenu avec les interlocuteurs belges que la présente annexe revêt un caractère confidentiel et sera retirée du rapport pour le cas où celui-ci devait être rendu public ou communiqué à des tiers, en dehors des ministres commanditaires et de leurs administrations centrales.*

1 LE REGIME BELGE DE SECURITE SOCIALE D’OUTRE-MER SE RAPPROCHE DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L’ETRANGER PAR LA NATURE DES RISQUES COUVERTS MAIS S’EN DIFFERENCIE NETTEMENT PAR LES CARACTERISTIQUES DES ASSURANCES VOLONTAIRES 28

- 1.1 Un régime d’assurance volontaire destiné, dès sa création, à couvrir les pays tiers à la CEE.....28
- 1.2 Un régime comprenant des assurances de base (vieillesse, maladie-invalidité et soins de santé « différés ») et des assurances complémentaires (soins de santé, accidents du travail et accidents de la vie privée) 28
- 1.3 La dégradation de la situation financière a amené l’Etat belge à subventionner le régime.....29
- 1.4 La crise financière concerne notamment l’assurance pension.....30
- 1.5 L’applicabilité du règlement européen de coordination de 1971 au régime de sécurité sociale d’outre-mer est reconnue par la CJCE.....30
- 1.6 Données de cadrage récentes sur le régime de sécurité sociale d’outre-mer.....31

**2. L’ETAT FEDERAL BELGE A DEPUIS UNE DOUZAINES D’ANNEES RENFORCE SON PILOTAGE ET ENGAGE UN IMPORTANT PROCESSUS DE REFORME, LOIN D’ETRE ACHEVE, DE SON REGIME DE SECURITE SOCIALE D’OUTRE-MER ..... 31**

- 2.1 Le renforcement, depuis 2003, du pilotage des institutions publiques de sécurité sociale a concerné le régime de sécurité sociale d’outre-mer .....31
- 2.2 Le chantier de la redéfinition du rôle du régime est ouvert par la signature du contrat d’administration 2003-2005 .....32
- 2.3 Le processus de réforme engagé depuis 2006 a connu un début de réalisation à la suite d’un audit de la Cour des Comptes belge.....32
- 2.4 Une réforme organisationnelle est intervenue, avec la fusion de l’OSSOM au sein de l’ORPSS au 1er janvier 2015 35
- 2.5 La préparation d’une réforme de fond du régime de sécurité sociale d’outre-mer est en cours...35

**3. ENSEIGNEMENTS SUSCEPTIBLES D’ETRE TIRES DE L’ANALYSE COMPAREE DU REGIME BELGE DE SECURITE SOCIALE D’OUTRE-MER .....37**

- 3.1 Au-delà de l’existence d’un régime de sécurité sociale d’outre-mer, des différences majeures.....37
- 3.2 Certaines caractéristiques du régime belge pourraient inspirer des mesures de réforme corrective en France 38

## **1 LE REGIME BELGE DE SECURITE SOCIALE D'OUTRE-MER SE RAPPROCHE DE LA CAISSE DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER PAR LA NATURE DES RISQUES COUVERTS MAIS S'EN DIFFERENCIE NETTEMENT PAR LES CARACTERISTIQUES DES ASSURANCES VOLONTAIRES**

### **1.1 Un régime d'assurance volontaire destiné, dès sa création, à couvrir les pays tiers à la CEE**

A la suite de la décolonisation du Congo et du Ruanda-Urundi, la loi fédérale belge du 17 juillet 1963 organise la reprise du régime colonial de sécurité sociale, dont la gestion est confiée à l'Office de sécurité sociale d'outre-mer (OSSOM), qui est une institution publique de sécurité sociale (IPSS).

Pour accompagner l'expansion économique de la Belgique et l'expatriation de ses ressortissants, la même loi institue également une assurance volontaire (le régime de la sécurité sociale d'outre-mer) dont le champ territorial d'application est fixé par un arrêté royal du 15 mars 1965. Peuvent alors s'affilier à l'OSSOM les Belges (et les ressortissants de la CEE) exerçant une activité professionnelle (de salarié, de travailleur indépendant ou d'agent public) en dehors de la CEE et les étrangers non communautaires travaillant, en dehors de la CEE, dans une entreprise (ou une administration) belge à condition que cet employeur occupe des salariés belges adhérant à l'OSSOM. L'exclusion de la CEE a été étendue, depuis, à l'Espace économique européen (EEE) institué en 1992 et, depuis le 1<sup>er</sup> juin 2002, à la Suisse. Ainsi, avant l'intervention du règlement CEE n°1408/71 du 14 juin 1971 de coordination en matière de sécurité sociale, la Belgique décide de ne pas faire couvrir la CEE par son régime de sécurité sociale d'outre-mer et cette orientation est maintenue jusqu'à nos jours. Il s'agit d'une différence fondamentale par rapport au régime français de protection sociale des expatriés, dont le champ de couverture a été étendu très tôt à la CEE (lois du 27 juin 1980 et du 13 juillet 1984).

La faculté d'affiliation à l'OSSOM, qui est conditionnée à l'exercice d'une activité professionnelle, peut être exercée par l'employeur ou par le travailleur lui-même. Elle est ouverte initialement aux seuls ressortissants non belges qui travaillent hors de la CEE dans les entreprises employant des Belges. Cette dernière condition est levée par une loi fédérale du 22 février 1971, au bénéfice d'anciens employés d'une entreprise belge pour leur permettre de continuer à bénéficier du régime, même sans maintien d'un lien avec la Belgique. Cette modification substantielle des règles d'affiliation constituait d'après la Cour des Comptes belge un risque de dérive vers une protection sociale universelle, même si le nombre d'assurés non Belges restait modeste (environ 500 en 2004 dont 296 travaillaient dans leur propre pays), compte tenu du fort déséquilibre financier du régime.

### **1.2 Un régime comprenant des assurances de base (vieillesse, maladie-invalidité et soins de santé « différés ») et des assurances complémentaires (soins de santé, accidents du travail et accidents de la vie privée)**

Ce régime volontaire est organisé en trois fonds (pensions ; invalidité ; solidarité et péréquation). Il est construit sur le principe de la capitalisation, chacun des fonds gérant des provisions techniques pour faire face aux engagements futurs. La couverture du risque vieillesse, par capitalisation, occupe une place centrale.

Le régime de sécurité sociale d'outre-mer (SSOM) comprend un régime de base (dit régime général) et des assurances complémentaires. Le régime général comprend :

- une assurance vieillesse (« l'assurance pension »), qui permet d'obtenir une pension de retraite et, éventuellement, une rente de survie, des allocations d'orphelin ou un pécule de vacances ;

- une assurance maladie-maternité-invalidité, ouvrant droit à un revenu de remplacement (lors d'un arrêt de travail d'au moins 15 jours et sous certaines conditions) pour l'affilié et à la couverture maladie complète de l'affilié et de ses personnes à charge pendant l'arrêt de travail ;
- une « assurance différée de soins de santé » qui permet l'obtention (pour l'assuré et ses ayants-droits) de prestations en nature équivalentes à celles du régime obligatoire d'assurance maladie, moyennant un certain âge (au minimum 50 ans). Il s'agit d'une assurance volontaire différée car conditionnée à une durée préalable de participation de seize années au moins à l'assurance. L'âge d'ouverture des droits est de 57 ans pour 16 ans de cotisation, de 56 ans pour 18 ans de cotisations, de 55 ans pour 20 ans de cotisations et il peut descendre jusqu'à 50 ans pour 30 ans de cotisation. Ce système est inspiré de l'ancienne assurance maladie du régime général belge (condition d'affiliation pendant 15 ans comme travailleur salarié, puis au terme l'assuré, s'il devient pensionné, est couvert pour les soins de santé sans plus avoir à verser de cotisation maladie).
- La philosophie est bien de couvrir, pendant leur future retraite, les affiliés expatriés.

Trois assurances complémentaires sont également proposées par l'OSSOM :

- l'assurance complémentaire soins de santé, qui permet sous le mode de la répartition le remboursement des frais de santé à l'assuré qui se trouve en activité professionnelle et à ses personnes à charge ;
- l'assurance complémentaire accident du travail, qui couvre notamment les accidents de trajet et ouvre droit à la prise en charge intégrale de tous les frais liés à l'accident (transport, rapatriement, soins médicaux et pharmaceutiques) et au versement d'une indemnité journalière au-delà d'un mois d'incapacité. La cotisation dépend de la formule d'indemnisation (7 formules, allant du simple au double) choisie par l'affilié et de la catégorie de risque (selon un facteur de 1 à 11 ; sont ainsi pris en compte : la dangerosité du pays de résidence, la qualité du système de santé local, l'état des routes, la nature du travail effectué, le transport utilisé pour se rendre sur son lieu de travail...). Le régime SSOM a plusieurs contrats de réassurance en matière d'accident du travail. Les maladies professionnelles ne sont pas couvertes en tant que telles, ce qui renvoie la couverture à l'assurance maladie-invalidité, comme une maladie ordinaire ;
- l'assurance complémentaire accident de la vie privée, offrant pour les sinistres extraprofessionnels les mêmes garanties que l'assurance complémentaire accident du travail.

### **1.3 La dégradation de la situation financière a amené l'Etat belge à subventionner le régime**

Le financement du régime de sécurité sociale d'outre-mer est censé provenir exclusivement des cotisations de ses assurés, libres de fixer leur montant de cotisations entre un minimum et un maximum (indices-pivots : 240 € et 960 € selon le tarif en vigueur depuis décembre 2012). Ce montant détermine l'étendue de la couverture de base en matière d'assurance vieillesse et survie et de maladie-maternité-invalidité mais donne droit, dès le minimum, à l'assurance différée des soins de santé, si les autres conditions d'accès à cette assurance sont remplies. Les cotisations perçues par l'OSSOM sont réparties entre les trois fonds du régime, à hauteur de 70% pour le fonds des pensions, 9,5% pour le fonds des invalidités et 20,5% pour le fonds de solidarité et de péréquation. Par ailleurs, le coût des régimes complémentaires varie en fonction du niveau de protection souhaitée.

La situation financière de l'OSSOM souffre cependant, dès sa création, de la confiscation par le gouvernement congolais des deux tiers des réserves de l'ancien régime colonial de sécurité sociale. Le concours financier de l'Etat belge est prévu dès la loi du 17 juillet 1963.

A partir de 1985, les difficultés budgétaires de l'Etat fédéral amènent ce dernier à réduire son intervention, ce qui contraint le régime de sécurité sociale d'outre-mer à mobiliser ses réserves de capitalisation pour couvrir ses dépenses de prestations. La crise minière accentue la raréfaction des cotisations versées à l'OSSOM, déclenchant un premier audit confié à l'Office de contrôle des assurances (OCA). L'épuisement des réserves conduit à partir de 1995 l'Etat fédéral à reprendre le

versement d'un concours élevé, une loi du 22 février 1998 prévoyant, à compter de l'exercice 1997, une subvention annuelle égale à la différence entre les recettes et les dépenses.

En 2002, l'OSSOM a eu des contacts avec la CFE, en vue de développer des actions de prospection commerciale. Il estimait alors qu'une démarche active aurait pu permettre de doubler l'effectif d'adhérents actifs au SSOM (passant de 7 500 à près de 15 000), en fonction du nombre de Belges expatriés, qui n'étaient pas précisément connu. Depuis, il est probable selon le régime belge que la conclusion de certains accords bilatéraux ait accru les situations de détachement.

En 2004, les dépenses de prestations du régime s'élèvent à 322 M€ à comparer avec 46 M€ de cotisations et une subvention de 279 M€ versée par l'Etat fédéral (couvrant 86% des dépenses). Le régime ne dispose plus alors que de 90 M€ d'avoirs pour couvrir des engagements futurs évalués à 4 042 M€, alors qu'il repose sur un principe de capitalisation. La situation des assurances complémentaires est, en revanche, équilibrée avec 9,4 M€ de cotisations et 8,7 M€ de prestations (données 2004).

#### **1.4 La crise financière concerne notamment l'assurance pension**

Le très fort déséquilibre entre ressources et charges provient de la branche vieillesse (33 M€ de cotisations et 290 M€ de pensions en 2004), du fait du ratio de près de 1 à 5 entre cotisants et retraités et en raison de règles appliquées au calcul des pensions. Ces règles combinent des techniques de répartition (indexation sur le coût de la vie) et de capitalisation (calcul actuariel de type assurance vie). Le régime de sécurité sociale d'outre-mer octroyait par ailleurs des prêts hypothécaires et alors que les réserves de capitalisation étaient quasi inexistantes.

Les règles d'indexation des pensions ayant été réservées, depuis l'origine de l'OSSOM, aux ressortissants belges (sauf accord de réciprocité), la CJCE est amenée à juger, par deux arrêts du 31 mars 1977 (s'agissant de la sécurité sociale coloniale) et du 9 juillet 1987 (s'agissant de la sécurité sociale d'outre-mer) que cette restriction contrevient au principe d'égalité de traitement entre ressortissants communautaires qui ont, suite à ces arrêts, vu leur situation rectifiée s'ils résidaient dans la CEE. L'Etat fédéral a aligné les règles d'indexation pour les pensions versées depuis le 1<sup>er</sup> août 2004 pour les ressortissants communautaires résidant dans des pays tiers mais une procédure d'infraction est toujours diligentée par la Commission européenne devant la CJUE s'agissant des pensions antérieures.

#### **1.5 L'applicabilité du règlement européen de coordination de 1971 au régime de sécurité sociale d'outre-mer est reconnue par la CJCE**

L'arrêt précité de 1987 est particulièrement important dans la mesure où la CJCE y considère que le régime belge de sécurité sociale d'outre-mer entre pleinement, en tant qu'assurance volontaire instituée par l'Etat fédéral, dans le champ d'application du règlement CEE n°1408/71 de coordination en matière de sécurité sociale. Cette position de la juridiction communautaire apparaît directement transposable à la CFE, qui à la différence de l'OSSOM, couvre les Etats de l'Union européenne : « une réglementation nationale comme celle de la loi belge du 17 juillet 1963, organisant un régime facultatif d'assurance pour les personnes exerçant leur activité dans un Etat non membre de la Communauté, relève, en tant que législation d'un Etat membre, du règlement CEE n°1408/71, même si les prestations y prévues ne peuvent être fondées que sur des périodes d'activité accomplies dans des Etats tiers » (CJCE, Laborero et Sabato / OSSOM, 9 juillet 1987).

## **1.6 Données de cadrage récentes sur le régime de sécurité sociale d'outre-mer**

Fin 2013, l'OSSOM comptait 7 514 assurés actifs, nombre globalement stable (7 487 en 2010), dont 82% de Belges, 11% de ressortissants de l'EEE ou de la Suisse et 7% de ressortissants de pays tiers (proportions stables depuis 2010), pour 43 258 pensionnés. Les principaux pays de résidence des assurés actifs (au-delà de 200 adhérents par pays) étaient la République démocratique du Congo, la Chine, les Etats-Unis puis le Burundi. L'OSSOM versait 338 M€ de pensions de vieillesse, 2 M€ de prestations (en espèces) maladie-maternité-invalidité, 26 M€ de remboursement de soins de santé et 1 M€ de prestations relatives aux accidents du travail.

En 2013, l'assurance différée soins de santé était déficitaire de -14 M€ (18 M€ de charges et 4 M€ de produits), l'assurance maladie-invalidité excédentaire de 0,5 M€ (1 M€ de charges et 1,5 M€ de produits), l'assurance complémentaire soins de santé excédentaire de 3,9 M€ (8,5 M€ de charges et 12,4 M€ de produits) et l'assurance complémentaire accident du travail excédentaire de 1,6 M€ (0,3 M€ de charges et 1,9 M€ de produits).

Le régime SSOM belge emploie aujourd'hui 105 personnes dans les services métiers (sans compter les services support) de l'organisme gestionnaire, à comparer avec 148 agents à l'OSSOM en 2013.

## **2. L'ETAT FEDERAL BELGE A DEPUIS UNE DOUZAINES D'ANNEES RENFORCE SON PILOTAGE ET ENGAGE UN IMPORTANT PROCESSUS DE REFORME, LOIN D'ETRE ACHEVE, DE SON REGIME DE SECURITE SOCIALE D'OUTRE-MER**

### **2.1 Le renforcement, depuis 2003, du pilotage des institutions publiques de sécurité sociale a concerné le régime de sécurité sociale d'outre-mer**

Trois événements marquent ce renforcement du pilotage des institutions publiques de sécurité sociale (IPSS) par l'Etat fédéral :

- sous tutelle conjointe du ministère des affaires sociales et de la santé publique et du ministère des pensions, l'OSSOM entre dans le cadre de la contractualisation par objectifs des IPSS, posé par la loi fédérale du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et décliné par l'arrêté royal du 3 avril 1997. Un premier contrat d'administration (équivalent des conventions d'objectifs et de gestion françaises) 2003-2005 avec l'OSSOM est officialisé par arrêté royal du 23 janvier 2004. Ce contrat est prorogé jusqu'à la fin 2009, la signature d'un nouveau contrat d'administration étant depuis suspendue, dans l'attente des conclusions du processus de réforme. Le projet de contrat d'administration envisagé pour 2010-2012 n'a pas été signé. Les mesures provisoires d'administration, contenues dans un projet d'arrêté royal préparé en 2007 par les ministères de tutelle, n'ont pas été mises en œuvre en l'absence de publication de l'arrêté ;
- la réalisation par la Cour des Comptes belge, de deux audits successifs sur le régime de sécurité sociale d'outre-mer remis à la Chambre des représentants : un premier audit en février 2006 sur la viabilité et les perspectives du régime et un second audit, de suivi, en avril 2010 (c'est-à-dire quasi simultanément au contrôle de la CFE par la Cour des Comptes française). La Cour des Comptes belge a inclus un chapitre « OSSOM – gestion et organisation » de suivi des recommandations dans le Cahier 2013 relatif à la sécurité sociale (équivalent du rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale par notre Cour des Comptes) puis un point d'avancement plus bref dans le Cahier 2014 relatif à la sécurité sociale. Elle y indique que des travaux



gouvernementaux sont en cours en vue d'un changement de législation qui entrerait en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ;

- l'engagement par le Gouvernement fédéral, à compter de 2006, d'un processus de réforme du régime de sécurité sociale d'outre-mer (cf. *infra*).

## **2.2 Le chantier de la redéfinition du rôle du régime est ouvert par la signature du contrat d'administration 2003-2005**

Dans son préambule, le contrat d'administration 2003-2005 conclu entre l'Etat et l'OSSOM exprime clairement la double vocation du régime, à la fois « institution à caractère social, consistant à donner aux expatriés une sécurité sociale comparable à celle en vigueur en Belgique » et « instrument de la politique économique et étrangère de la Belgique ».

Il identifie, « eu égard au cadre légal, au contexte historique et à la situation de fait, quatre stratégies génériques » envisageables :

« Alternative 1 : le démantèlement de l'organisation », hypothèse considérée comme non acceptable puisque « pour l'Etat fédéral (...) les inconvénients d'un démantèlement sont nettement supérieurs à ses avantages » ;

« Alternative 2 : le maintien du statu quo » ;

« Alternative 3 : l'exploitation maximale des possibilités actuelles » ;

« Alternative 4 : le développement ambitieux de l'organisation ».

Il prévoit que « les stratégies génériques seront approfondies dans le plan d'administration », ce qui est comparable à la convention de partenariat 2014-2016 entre l'Etat français et la CFE, qui prévoit dans son axe stratégique n°4 de « clarifier le rôle de la Caisse dans la protection sociale des Français de l'étranger ». Le contrat d'administration 2003-2005 de l'OSSOM indique que « l'institution opte, pour les trois prochaines années, pour le maintien et la stabilisation du statu quo (alternative 2) et pour la préparation d'un mode de fonctionnement plus dynamique (alternative 3) » et que « l'OSSOM s'engage à élaborer, dans le plan d'administration, une proposition visant à conduire le développement de l'organisation de telle manière qu'il soit toujours possible de passer à l'alternative 4, à savoir le développement ambitieux de l'institution ».

Le contrat d'administration 2003-2005 évoque, dans son préambule, le positionnement du régime, dont « la nature de l'organisation diffère fondamentalement de celle des autres institutions de sécurité sociale. En effet, l'assuré social a le choix de s'affilier ou non à l'Office de sécurité sociale d'outre-mer. De par cette faculté de choix, l'institution se trouve dans une position de concurrence ».

## **2.3 Le processus de réforme engagé depuis 2006 a connu un début de réalisation à la suite d'un audit de la Cour des Comptes belge**

La Cour des Comptes belge s'est intéressée en 2005 au régime de sécurité sociale d'outre-mer (SSOM) à la suite d'indications informelles recueillies par des auditeurs auprès de proches, sur les avantages importants de ce régime, en particulier la retraite par capitalisation. La situation financière du régime était déséquilibrée depuis de nombreuses années.

Dans son audit de 2006, la Cour des Comptes s'attache notamment à vérifier la conformité de l'OSSOM avec les règles européennes en matière de libre concurrence. Elle indique qu'« eu égard au caractère facultatif de l'affiliation et surtout au fait que le régime fonctionne selon le principe de la capitalisation, on peut considérer que l'OSSOM est une entreprise au sens du droit communautaire de la concurrence ». Elle ajoute que les subventions de l'Etat fédéral au régime « pourraient effectivement être qualifiées d'aides d'Etat rendant les articles 87 et 89 [du traité CE] applicable ». Elle estime que « l'atteinte à la concurrence risque d'être invoquée du fait que le régime de sécurité



[sociale] d'outre-mer offre des produits avantageux que les autres opérateurs du secteur de l'assurance ne peuvent proposer. L'utilisation pour le calcul des rentes d'un taux d'intérêt supérieur au taux maximum prévu pour l'ensemble des assureurs, l'adaptation automatique des cotisations versées au coût de la vie et la garantie de l'Etat sont autant d'éléments susceptibles de fausser la concurrence. Afin d'assurer la sécurité juridique et une viabilité sans risque du régime de sécurité sociale d'outre-mer, la Cour recommande d'examiner avec la plus grande prudence l'application des règles européennes ».

Le diagnostic et les préconisations de la Cour des Comptes formulés en avril 2006 invitent à une refonte complète du régime. Dans leur lettre du 3 février 2006, les ministres de tutelle de l'OSSOM, qui avaient déjà pris connaissance de l'analyse de la Cour des Comptes, répondent à celle-ci qu'ils « souscrivent à l'ensemble des constatations et des recommandations formulées par la Cour ». Ils indiquent qu'ils « proposent de prendre des mesures à court terme » concernant :

- « la redéfinition du champ d'application *ratione personae* du régime en tenant compte d'un lien avec la Belgique » : une loi du 22 décembre 2008 réserve à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, l'adhésion aux assurances volontaires du régime de sécurité sociale d'outre-mer aux ressortissants d'un Etat membre de l'EEE et de la Suisse, qui travaillent en dehors de l'Espace économique européen et aux ressortissants non européens y travaillant pour le compte d'une entreprise dont le siège social est établi en Belgique ou d'une administration belge. Cette réforme autorise le maintien de l'affiliation des assurés non européens en place. En outre, l'OSSOM met fin dès 2007 à la prospection systématique de nouveaux affiliés en cohérence avec ce recentrage ;
- la diminution du taux d'intérêt des pensions et la suppression du dispositif de réactualisation des cotisations en fonction du coût de la vie pour le calcul des pensions (l'actualisation des cotisations retraite pour les seuls Belges avait été arrêtée en 1987) L'âge de prise de cours de la pension de retraite a été fixé - uniformément pour les hommes et les femmes – à 65 ans avec anticipation à 60 ans sans condition de carrière, contre, auparavant, 55 ans pour les femmes sans conditions de carrière et 55 ans pour les hommes ayant au moins 20 ans d'affiliation. La capitalisation de la rente s'arrête à 65 ans (si l'on ne cotise plus) pour éviter des liquidations plus tardives et plus coûteuses. Quant à l'âge de prise de cours de la pension de retraite des mesures transitoires ont été prises avec un effet progressif à partir de 2007 ;
- la mise en extinction des contrats individuels (dits « contrats 900 000 ») la mise en extinction des contrats individuels « 900 000 » serait plus correct car tous les contrats individuels ne sont pas des 900 000 proposés par l'OSSOM sans base légale aux assurés non éligibles à l'assurance de base soins de santé, et un contrôle plus systématique et élargi à l'ensemble des assurés de l'OSSOM de l'assurabilité en matière de soins de santé : les décisions prises par le régime vont dans ce sens d'après l'audit de suivi de la Cour des Comptes en 2010. Le déficit imputable aux contrats 900 000 passe de 43 M€ en 2004 à 104 M€ en 2008. Ces contrats sont surtout souscrits, lors de leur départ en retraite, par des personnes âgées qui résident hors de Belgique. Les frais occasionnés par des soins de santé hors de Belgique leur sont remboursés sur la base de 75% des frais réels et non sur la base des tarifs du régime général belge comme pour l'assurance de base soins de santé ;
- la sécurisation du régime de sécurité sociale d'outre-mer au regard des règles européennes de concurrence. A l'occasion des travaux de transposition de la directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 relative aux services dans le marché intérieur, l'OSSOM transmet en 2008 à ses ministères de tutelle une analyse selon laquelle il se trouve en concurrence avec le secteur privé et pourrait être considéré comme un service d'intérêt économique général (SIEG). Les partenaires sociaux siégeant au comité de gestion font alors des analyses différentes des suites à donner, compte tenu de la nature hybride du régime : les représentants patronaux estiment que la qualification de SIEG peut être demandée tandis que les représentants syndicaux refusent une telle perspective. Le dossier ne semble pas avoir avancé sur ce point.

A moyen terme, le Gouvernement s'engage à désigner un commissaire spécial du gouvernement auprès de l'OSSOM, pour initier et mener à bien la réforme :

- « effectuer une analyse du cadre réglementaire et du contexte économique et social dans lequel l'OSSOM opère » ;
- « à la lumière de cette analyse, formuler des propositions relatives au positionnement, aux missions et à la méthode de travail futurs de l'OSSOM » ;
- « exécuter une estimation des conséquences budgétaires, sociales et organisationnelles éventuelles de ces propositions » ;
- « le cas échéant, diriger la mise en œuvre des propositions retenues ».

Le parallèle entre les deux premiers volets de la mission du commissaire spécial du Gouvernement et la mission confiée à l'IGAS et à l'IGF s'agissant de la CFE doit être souligné, de même que l'antériorité de la Belgique dans ce processus.

Un premier Commissaire spécial du Gouvernement, Gabriel PERL, ancien administrateur général de l'Office national des pensions (ONP), est désigné à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010. Il anime un groupe de travail qui examine une seule piste, celle du remplacement du régime de sécurité sociale d'outre-mer par la possibilité d'une affiliation volontaire au régime belge de sécurité sociale des travailleurs salariés. Il s'agit d'intégrer l'OSSOM dans les différentes branches de la sécurité sociale (maladie et invalidité, allocations familiales, AT-MP, chômage et pensions). Le rapport du Commissaire spécial est remis au comité de gestion de l'OSSOM, qui s'oppose à ses conclusions. Le mandat du commissaire spécial n'est pas renouvelé après décembre 2010 et la crise gouvernementale belge de 2011 ne permet pas au dossier d'avancer.

Par la suite, François FLORIZOONE alors directeur de l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales (ONSSAPL), est désigné à compter du 1<sup>er</sup> juin 2012 par le Gouvernement fédéral comme nouveau Commissaire spécial auprès de l'OSSOM. A ce titre, il anime un groupe de travail sur l'évolution du régime de sécurité sociale outre-mer et remet en mai 2013 son rapport au Gouvernement.

Alors que l'hypothèse principale de travail était d'organiser l'affiliation volontaire au régime général en remplacement de l'OSSOM (tout en maintenant les droits acquis à pension), les conclusions du rapport FLORIZOONE s'orientent vers le maintien d'un régime spécifique à l'outre-mer. La Cour des Comptes indique dans son rapport de septembre 2013 que selon ce rapport « il était impossible de diviser l'OSSOM en unités distinctes pour la gestion future et la réalisation de l'ensemble des obligations légales et contractuelles en cours de l'institution ». Les obligations de pensions garanties courent jusqu'en 2090 et la diminution des dépenses de pensions ne sera que progressive dans le futur (201 M€ en 2031, contre 369 M€ en 2013).

Pour établir son rapport, François FLORIZOONE indique qu'il a analysé les conclusions de Gabriel PERL en concertation avec l'administration [centrale] et les partenaires. Il a rapidement exclu le scénario de disparition de l'OSSOM par intégration dans le régime général pour deux raisons majeures :

- la remise en cause de la protection sociale d'un tiers des affiliés OSSOM, qui n'auraient pu s'affilier au régime général, étant soit des travailleurs indépendants, soit des salariés affiliés sur une base individuelle ; on relève que la France se trouve dans une situation comparable : en dehors d'une affiliation à la CFE (ou du maintien de l'affiliation au RSI pour les travailleurs indépendants), les Français de l'étranger qui sont en position d'expatriation ou de recrutement local (et non en détachement) ne peuvent accéder à une assurance volontaire ;
- le renchérissement de la protection sociale des salariés, à hauteur d'au moins 30%. Or l'OSSOM est un régime paritaire, ce qui est une garantie pour les employeurs.

Par ailleurs, le démantèlement du régime de SSOM et son intégration au sein du régime général aurait été compliquée en termes de relations avec les usagers et les employeurs et en termes de législation et de réglementation (il aurait fallu sans doute désigner comme référents pour l'activité outre-mer, une agence de l'ONP, une agence de l'INAMI – maladie, etc.).

Le rapport du deuxième Commissaire spécial préconise de fusionner le régime de sécurité sociale d'outre-mer avec une autre IPSS, de préférence l'ONSSAPL, avec une organisation spécifique, pour faire des économies d'échelles en termes de gestion. Il est approuvé par le comité de gestion et par les ministres de tutelle en mai 2013. Le comité de gestion de l'OSSOM s'oppose alors à toute réforme susceptible d'entraîner une augmentation importante des cotisations des employeurs et une remise en cause de l'emploi des personnels du régime et il demande le maintien d'une protection sociale maximale pour les assurés actifs en cours.

## **2.4 Une réforme organisationnelle est intervenue, avec la fusion de l'OSSOM au sein de l'ORPSS au 1<sup>er</sup> janvier 2015**

Le Conseil des ministres du 12 juillet 2013 a décidé :

- la fusion de l'OSSOM avec l'ONSSAPL (la fusion avec l'ONP, un temps envisagée, a été refusée par l'ONP) ; cette fusion qui a demandé 60 groupes de travail en mode projet sur 18 mois est en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2015 ;
- la vente des bâtiments de l'OSSOM : elle est presque achevée. La vente des bâtiments situés en Belgique sera terminée en 2015. Celle du bâtiment localisé au Burundi n'a pu se concrétiser à cause d'un désaccord persistant, le mandat de négociation fourni par l'Etat belge n'ayant pas suffi ;
- la réforme de la réglementation SSOM (cf. *infra*).

L'article 28 de la loi du 12 mai 2014 portant création de l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ORPSS) organise, la fusion de l'OSSOM et de l'ONSSAPL, sous la direction de François FLORIZOONE.

Cette fusion juridique qui prend effet au 1<sup>er</sup> janvier 2015 s'accompagne de la création d'un « comité de gestion de la sécurité sociale d'outre-mer », de composition paritaire entre les représentants des employeurs et ceux des salariés. Elle consacre la nature spéciale du régime de sécurité sociale d'outre-mer, qui reste géré en dehors de la gestion globale de la sécurité sociale des travailleurs salariés. Elle vise à rationaliser l'organisation administrative du régime et à réaliser des économies de gestion à la suite d'une décision de juillet 2013 et du vote du budget 2014. Les économies attendues sont une économie annuelle pérenne de 2 M€ par des progrès des systèmes d'information et des gains de productivité et des produits de cession d'immeubles à hauteur de 7 M€. Cette fusion ne modifie pas les règles du régime au regard de ses assurés.

## **2.5 La préparation d'une réforme de fond du régime de sécurité sociale d'outre-mer est en cours**

Après la réalisation de l'opération de fusion, le Gouvernement fédéral entend mener une réforme de fond. La question posée est celle du rôle du régime dans la protection sociale des Belges et autres affiliés d'outre-mer, de manière symétrique par rapport aux interrogations actuelles sur le devenir de la CFE en France.

Dans cette attente, la Cour des Comptes estimait en septembre 2013 que l'OSSOM manquait d'une vision d'avenir claire. Le déséquilibre financier du régime de sécurité sociale d'outre-mer, à la nature

hybride entre répartition et capitalisation, n'est pas résorbé : en 2012, l'Etat a apporté 343 M€ en 2012, assurant lui-même le financement de 82% des dépenses de prestations. Pour l'assurance volontaire vieillesse, le rapport entre cotisants et pensionnés s'établit de 1 à 5 en 2010.

Selon la Cour des Comptes, aucun nouveau contrat d'administration n'ayant été signé depuis celui de 2003-2005, l'organisme gestionnaire ne dispose pas d'objectif de modernisation. Malgré certains progrès dans l'automatisation des paiements et la transmission de données numériques avec des partenaires, la gestion du régime est handicapée par les retards pris au niveau de l'informatisation, aggravés par l'incertitude stratégique, et la prédominance de circuits papier qui en résulte.

La Cour des comptes a préconisé, dans son cahier annuel 2013 sur la sécurité sociale, de réaliser une analyse financière de toutes les activités, pour mettre en évidence les réorientations nécessaires à la restauration de l'équilibre financier du régime, par rapport à la loi fondatrice du 17 juillet 1963. Elle précise que « cette analyse financière doit se concentrer sur les contrats futurs et faire abstraction de toutes les obligations de pension contractées dans le passé ».

L'OSSOM a confié à un cabinet de conseil (MILLIMAN) le soin de réaliser une étude actuarielle pour « savoir comment rendre plus rationnelle et plus efficace la législation relative à la sécurité sociale d'outre-mer dans ses différentes branches (pensions, soins de santé...), en assurant l'équilibre et l'autofinancement de ce régime pour les prestations futures – donc dans le respect des droits acquis – tout en garantissant une protection sociale équivalente à celle offerte aux assurés sociaux par les régimes généraux de la sécurité sociale » (propos de la ministre des affaires sociales et de la santé publique à la Chambre des représentants en mars 2014). La Cour des Comptes indique dans son cahier 2014 relatif à la sécurité sociale, que le rapport a été transmis en 2014 pour étude au comité de gestion du régime de sécurité sociale d'outre-mer et que la préparation de la réforme législative à venir est en cours, avec pour objectif une entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016.

La ministre des affaires sociales et de la santé publique indiquait, en décembre 2013 lors des discussions à la Chambre des représentants sur le budget 2014, que des modifications sont à prévoir pour remédier aux avantages spécifiques du régime de sécurité sociale d'outre-mer (par rapport aux autres régimes) et pour en recentrer le public cible « sur les travailleurs expatriés occupés par des entreprises ayant leur siège social en Belgique ».

La Cour des Comptes belge a indiqué à la mission que les différentes pistes d'évolution du régime SSOM étaient, dans l'absolu :

- de le supprimer, mais ce choix n'a pas été fait à l'époque des premières réformes et semble peu probable à l'heure actuelle ;
- d'augmenter (par exemple doubler) les taux de cotisation vieillesse, avec le risque de faire fuir les adhérents et les employeurs ;
- de réformer l'assurance différée des soins de santé (l'aligner sur l'âge de la retraite) ou de l'arrêter.

D'après les indications fournies à la mission par ses interlocuteurs belges, le projet actuel de réforme du régime belge SSOM consiste :

- s'agissant de la retraite par capitalisation, à en confirmer les principes mais le débat subsiste sur le point de savoir si le régime SSOM continuera à percevoir des cotisations (70 M€ actuellement) ou s'il se contentera de verser les prestations, les cotisations allant à l'Etat (schéma de capitalisation dite virtuelle) ;
- s'agissant de l'assurance différée des soins de santé, l'hypothèse de reculer l'âge jusqu'auquel les assurés sont tenus de cotiser est à l'étude ;
- à fusionner l'ORPSS avec une autre IPSS, en l'occurrence éventuellement l'ONSS (équivalent de l'ACOSS française). L'objectif du gouvernement belge est de ne conserver que des caisses d'au moins 500 agents.

La réforme de fond doit intervenir en principe avec un effet au 1<sup>er</sup> janvier 2016, un délai qui paraît irréaliste aux services de l'ORPSS compte tenu du temps nécessaire pour adapter le système d'information.

### **3. ENSEIGNEMENTS SUSCEPTIBLES D'ETRE TIRES DE L'ANALYSE COMPAREE DU REGIME BELGE DE SECURITE SOCIALE D'OUTRE-MER**

#### **3.1 Au-delà de l'existence d'un régime de sécurité sociale d'outre-mer, des différences majeures**

Quatre grandes différences entre les régimes belge et français ont été identifiées par la mission :

##### **a) Les sources de la non-conformité des régimes SSOM et CFE au droit communautaire**

Les risques pour l'Etat belge induits par l'OSSOM ne provenaient ni de la non-conformité au règlement européen de coordination (puisque ce régime n'intervient pas en EEE-Suisse, cette exclusion ayant existé dès l'origine du régime), ni des types de garanties offertes, mais du caractère trop avantageux de celles-ci et de règles discriminatoires (abrogées depuis) entre Belges et autres ressortissants communautaires, menant d'ailleurs à une aide d'Etat massive.

Par comparaison, la CFE intervient dans l'EEE et en Suisse, en contravention avec l'article 14 du règlement 883/2004 du 29 avril 2004.

##### **b) L'orientation du régime belge SSOM vers la qualité de la couverture future d'assurés actifs, alors que la CFE couvre aussi bien des actifs que des inactifs**

Le régime belge SSOM s'inscrit dans une logique de prévoyance (par des techniques de capitalisation) pour des assurés actifs, avec une assurance vieillesse par capitalisation, une assurance différée soins de santé (qui fonctionne, de fait, sur la base d'une participation de 16 années minimum à l'assurance pension et maladie-invalidité suivi d'une couverture maladie sans cotisation maladie directe mais bien le prélèvement de 3,55% sur la pension, comme un mécanisme de capitalisation individuelle maladie) et une assurance maladie-invalidité-maternité (réservée aux problèmes de santé importants : couverture de l'incapacité de travail d'au moins 15 jours). L'assurance complémentaire (immédiate) soins de santé peut couvrir l'assuré et ses personnes à charge dans l'attente de bénéficier de l'assurance différée soins de santé, mais elle ne peut être souscrite qu'à la condition d'avoir adhéré au pack des assurances de base (les  $\frac{3}{4}$  des assurés SSOM prennent l'assurance complémentaire soins de santé). La gouvernance du SSOM belge est assurée de manière paritaire. Comme tout système reposant essentiellement sur la capitalisation, il est particulièrement vulnérable à l'insuffisance des provisions techniques.

Par comparaison, les assurances volontaires gérées par la CFE sont la continuation, à l'étranger, de la sécurité sociale française (régime de base, obligatoire et par répartition), avec une implication forte des Français de l'étranger (parlementaires, administrateurs de la CFE) et une obligation législative d'équilibre financier.

##### **c) L'architecture groupée des assurances volontaires de base du SSOM belge, à comparer avec la modularité des assurances volontaires de la CFE française**

L'adhésion au SSOM implique de souscrire simultanément les assurances de base (assurance vieillesse, assurance différée soins de santé, assurance maladie-invalidité-maternité en cas d'arrêt de travail d'au moins 15 jours). Cette adhésion groupée est la condition pour avoir accès aux assurances complémentaires : l'assurance complémentaire (immédiate) soins de santé, l'assurance AT, l'assurance accidents de la vie privée. L'assurance complémentaire soins de santé (accessible aux

seuls actifs) permet la prise en charge des soins en Belgique au tarif INAMI ou au double du tarif INAMI et hors de Belgique dans la limite de 75% des frais exposés, pour les actes reconnus par la législation belge.

Par comparaison, la faculté d'adhésion risque par risque pour les assurances volontaires de la CFE (libre choix par l'affilié) est une souplesse appréciable, aux yeux des interlocuteurs belges rencontrés par la mission.

Ces deux premières différences entre le SSOM et la CFE illustrent bien la pesanteur ou l'inertie institutionnelle (*path dependency*).

**d) Le mode de fixation des cotisations responsabilise l'affilié au SSOM, alors qu'il dépend le plus souvent des revenus des assurés à la CFE**

Dans le régime belge SSOM, c'est l'affilié qui détermine lui-même le montant de sa cotisation pour le régime général (mais pas pour l'assurance complémentaire « soins de santé »), dans la limite d'une fourchette, et les prestations servies sont proratisées par rapport à ce niveau. Le régime n'a donc pas à s'occuper de contrôler les revenus de ses adhérents. Il existe un contrôle des personnes à charge dont les revenus ne peuvent pas dépasser un certain plafond.

Par comparaison, à la CFE seule l'assurance volontaire AT-MP donne lieu au choix par l'assuré de son niveau de cotisation et de donc de garantie. Pour les assurances volontaires maladie-maternité-invalidité et vieillesse, le montant (forfaitisé) des cotisations dépend des revenus de l'assuré, selon des barèmes qui distinguent entre 3 et 4 classes de cotisations. La problématique du contrôle des ressources est, de ce fait, centrale dans la gestion du risque.

### 3.2 Certaines caractéristiques du régime belge pourraient inspirer des mesures de réforme corrective en France

- Le cheminement qui a conduit la Belgique, depuis 2012, à exclure la solution d'une disparition du régime SSOM et son intégration dans le régime général peut tout à fait être transposé à la France. L'expérience belge incite fortement à écarter l'option de la disparition de la CFE pour les mêmes raisons qui ont conduit au maintien du régime SSOM : offrir une faculté d'adhésion à certains Français de l'étranger (le régime général n'autorisant pas l'affiliation de travailleurs expatriés, en dehors du détachement par leur employeur, ce qui ne s'applique qu'à des salariés), éviter un renchérissement important du coût de la couverture sociale pour les employeurs (et les affiliés individuels), maintenir la capacité à gérer des règles spécifiques (ce que le renvoi au régime général ne garantirait pas).
- L'introduction d'une condition de durée d'affiliation et de cotisation préalable pour bénéficier de l'assurance maladie-maternité-invalidité pourrait limiter les adhésions tardives à la CFE et contenir la part des assurés retraités. Pourrait par exemple être introduite une durée d'assurance préalable de 10 ans en maladie-maternité-invalidité avant de pouvoir continuer à bénéficier, en tant que retraité, des prestations de cette assurance volontaire. Cela permettrait de rééquilibrer financièrement cette assurance volontaire et de diminuer progressivement les taux de cotisation maladie-maternité-invalidité, susceptible d'enclencher un cercle vertueux d'adhésions.
- L'introduction d'une modulation systématique, à partir d'un seuil d'effectif adhérent (10 salariés), des cotisations dans l'assurance AT-MP compte tenu du risque auquel les assurés sont exposés serait pertinente. Cette modulation est pratiquée par le SSOM pour toute entreprise à partir de 10 salariés adhérents (sans qu'il y ait par ailleurs de modulation des taux de cotisation en fonction du nombre d'assurés par employeur) et aussi par la branche AT-MP du régime général français, alors que la CFE accorde seulement, à partir du même seuil, des ristournes « sinistralité » pouvant aller jusqu'à 25%.



- L'introduction d'une option payante « prise en charge majorée des soins de santé » à l'assurance maladie-maternité-invalidité, destinée aux seuls actifs en emploi (salarié, indépendant, agent public) à l'exclusion des inactifs et des pensionnés, et permettant pour les soins dispensés hors de France (mais reconnus par l'assurance maladie française), de rembourser au-delà des tarifs du régime général est une option intéressante. Cela permettrait à la CFE de jouer le rôle d'une assurance complémentaire, évitant à l'adhérent CFE de devoir souscrire une assurance complémentaire. Cela suppose d'autoriser la CFE à verser une prestation plus avantageuse que celle du régime général. Une expérimentation pourrait être tentée dans certains pays où les soins sont particulièrement onéreux.





## ANNEXE 4 – ANALYSE DES ENJEUX DE L'OBAMACARE POUR LA CFE

<b>1</b>	<b>RAPPEL DES EVENEMENTS .....</b>	<b>42</b>
1.1	L'intervention de la CFE aux Etats-Unis est affectée par l'adoption de la législation Obamacare.....	42
1.2	L'impact de la législation sur l'activité de la CFE aux Etats-Unis fait l'objet d'appréciations contradictoires de la part de l'Etat et de la CFE.....	42
1.3	Les difficultés rencontrées lors de la procédure d'accréditation contraignent la Caisse à abandonner cette option.....	44
1.4	La Caisse se replie sur un partenariat négocié avec un assureur américain, WellAway .....	44
<b>2.</b>	<b>LES ENSEIGNEMENTS DE L'OBAMACARE .....</b>	<b>45</b>
2.1	La gestion dans l'urgence du dossier a poussé la CFE à s'engager dans un partenariat à l'intérêt incertain .....	45
2.2	L'intérêt d'une adhésion à la CFE pour les assurés résidant aux Etats-Unis est de plus en plus limité .....	46
2.3	L'exemple américain révèle les fragilités de l'intervention de la CFE .....	47

## 1. RAPPEL DES EVENEMENTS

Au 31 décembre 2014, la CFE comptait 5 342 adhérents à l'assurance maladie-maternité-invalidité aux Etats-Unis : 2 453 adhérents en mode mandataire et 2 889 adhérents individuels. En comptant les ayants-droit, la CFE assure la couverture maladie de 10 749 personnes aux Etats-Unis. Les Etats-Unis sont le deuxième pays où la CFE compte le plus d'adhérents. Seul le Maroc a des effectifs plus importants (10 049 adhérents).

### 1.1 L'intervention de la CFE aux Etats-Unis est affectée par l'adoption de la législation Obamacare

La réforme de l'Obamacare, ou *Patient Protection and Affordable Care Act*, cherche à étendre la couverture santé des personnes résidant aux Etats-Unis et à améliorer le contenu des assurances santé en éliminant les contrats qui ne fournissent pas une réelle protection contre le risque maladie (primes trop chères pour des personnes malades, maximum de prise en charge annuelle....). Les assurances santé doivent assurer une couverture essentielle minimale (*Minimum Essential Coverage*) pour être considérées comme conformes à la loi : absence de discrimination en fonction de l'historique médical (*pre-existing condition*), garantie d'un certain niveau de remboursement des soins médicaux. La loi crée également une obligation d'assurance pour les individus (« individual shared responsibility provision » et prévoit des incitations financières fortes pour que les résidents souscrivent à ce type d'assurances : en l'absence de souscription de leur part, ou de couverture à un autre titre (par l'employeur ou en tant qu'ayant droit de son conjoint par exemple), les assurés devront s'acquitter d'un prélèvement supplémentaire auprès de l'administration fiscale américaine (IRS) d'un montant de 95 dollars mensuels par adulte et 47,50 dollars par enfant ou 1% des revenus en 2014 (la sanction qui s'applique est la plus élevée des deux). Ces montants augmenteront progressivement pour atteindre 325 dollars ou 2% des revenus en 2015, puis 695 dollars ou 2,5% des revenus en 2016.

L'inquiétude sur l'impact de l'Obamacare sur l'activité de la CFE aux Etats-Unis naît en novembre 2013. Le lycée français Rochambeau à Washington (conventionné par l'AEFE) informe alors son personnel que les couvertures santé financées par le lycée auprès de la CFE ne sont pas conformes aux dispositions de l'ACA. Afin d'éviter des pénalités financières, le lycée prévoit d'assurer la couverture du personnel de l'établissement par d'autres moyens et de souscrire une assurance américaine.

Les craintes des enseignants sont relayées auprès du ministère des affaires étrangères. Une salariée du lycée français de New York, conseillère AFE Etats-Unis et administratrice de la CFE, saisit de la question, le 1er novembre 2013, la cheffe de cabinet de la ministre déléguée chargée des Français de l'étranger. Cette saisine entraîne très rapidement celle de la DFAE, de l'ambassade de France à Washington puis de la CFE. Le ministère des Affaires étrangères s'inquiète également de la couverture santé du personnel contractuel de l'ambassade, assuré uniquement à la CFE.

### 1.2 L'impact de la législation sur l'activité de la CFE aux Etats-Unis fait l'objet d'appréciations contradictoires de la part de l'Etat et de la CFE

Sur la base d'une analyse faite en urgence début novembre 2013 par la conseillère aux affaires sociales de l'ambassade de France à Washington, le ministère des Affaires étrangères puis le ministère des Affaires sociales estiment que la CFE remplit globalement bien les conditions posées

par l'Obamacare. Dans une note adressée à la CFE en mars 2014, M. David Izzo, le directeur de cabinet adjoint de la ministre déléguée chargée des Français de l'étranger, Mme Conway-Mouret, confirme l'analyse du ministère. Il estime que les assurances privées opérant aux Etats-Unis doivent respecter « en grande partie les prescriptions de l'Obamacare sur les prestations essentielles ». Il estime en outre que « la conformité des prestations offertes par rapport à la nouvelle législation américaine s'apprécie de façon globale, évitant une laborieuse analyse au caractère excessivement technique et aux résultats aléatoires ». Enfin le cabinet considère que « la question se pose moins en termes techniques que politiques ». Le cabinet de la ministre estime donc que la CFE respecte bien ces obligations dont il estime la portée limitée. Il recommande alors à la CFE d'envoyer des attestations d'adhésion aux assurés de la CFE aux Etats-Unis, afin que ceux-ci échappent aux sanctions financières prévues par la législation américaine. Pourtant le document publié par le Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS), chargé de la mise en œuvre de l'Obamacare et cité par la note de M. Izzo ne permettait pas d'adopter une telle interprétation. Le document explique de manière précise la procédure d'accréditation : « Le Secrétaire (*du department de la Santé et des Hommes*) reconnaît qu'une assurance santé assure bien une couverture essentielle minimale après avoir déterminé que la couverture respecte de manière essentielle toutes les obligations (*meets substantially all the requirements*) introduites au Titre I de l'Affordable Care Act et qui s'appliquent aux couvertures santé contractées après le 23 mars 2010. Ce respect essentiel de toutes les obligations sera établi si l'assurance candidate à l'accréditation certifie que ses assurances respectent les dispositions suivantes : *suit une liste non exhaustive de 15 dispositions du Public Health Service Act et de l'Affordable Care Act*<sup>13</sup> ». Le document cité contredisait l'interprétation qui en était faite. D'une part, la portée des obligations introduites par l'Obamacare était très contraignante. Il ne s'agissait pas d'une conformité en grande partie et appréciée de manière globale mais bien d'une conformité substantielle, et donc exhaustive, appréciée par rapport à chacune des dispositions citées. En outre, il s'agissait bien d'une procédure technique, comme le montre la longue liste des dispositions à respecter.

La CFE se montre sceptique quant à sa conformité présumée avec l'Obamacare, notamment en raison du très faible niveau des remboursements assurés par la CFE sur les dépenses de santé aux Etats-Unis (10% en moyenne). La communication de la CFE à destination des adhérents résidant aux Etats-Unis demeure prudente : la CFE annonce poursuivre ses investigations sur le dossier avec l'assistance des autorités françaises.

Le 18 mars 2014, la Ministre des affaires sociales et de la Santé adresse un courrier à la CFE par lequel elle estime que « les prestations offertes par la CFE à ses affiliés couvrent les exigences américaines » et elle enjoint la Caisse d'informer les adhérents aux Etats-Unis de la conformité de la Caisse avec la législation Obamacare et de leur délivrer l'attestation de mise en conformité avec la législation ACA. La CFE se plie aux instructions claires et impératives de la ministre par un courrier du 31 mars 2014 à ses affiliés maladie aux Etats-Unis.

<sup>13</sup> Source : Note du CMS du 31 Octobre 2013 <http://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Regulations-and-Guidance/Downloads/mec-guidance-10-31-2013.pdf>. Traduction réalisée par la mission. Texte original : "In order for the Secretary (*of the Department of Health and Human Services*) to recognize coverage as minimum essential coverage under 45 C.F.R. § 156.604, the Secretary must determine that the coverage **meets substantially all the requirements** of Title I of the Affordable Care Act that apply to nongrandfathered plans in the individual market". The Secretary will determine whether a plan or policy meets this "substantially all" standard where the applicant certifies that the plan complies with the following provisions: PHS Act § 2701 – Fair health insurance premiums (Only the prohibition on rating based on gender) PHS Act § 2704 - Prohibition on pre-existing condition exclusions PHS Act § 2705 - Prohibition against discrimination based on health status; Genetic Information Nondiscrimination Act PHS Act § 2707(a) - Provision of essential health benefits PHS Act § 2711 - Prohibition against lifetime and annual limits PHS Act § 2712- Prohibition against rescissions PHS Act § 2713 - Coverage of preventive health services PHS Act § 2714 - Extension of dependent coverage PHS Act § 2715 - Summary of benefits in coverage. Plan should begin providing the summary of benefits and coverage as soon as practicable, but no later than January 1, 2015. PHS Act § 2719 – Appeals Process PHS Act § 2719A - Patient Protections PHS Act § 2725 – Newborns' and Mothers' Health Protection Act PHS Act § 2726 - Mental Health Parity and Addiction Equity Act PHS Act § 2727 - Women's Health and Cancer Rights Act -ACA § 1302(d)(1) - Actuarial value no less than 60 percent.5

### 1.3 Les difficultés rencontrées lors de la procédure d'accréditation contraignent la Caisse à abandonner cette option

En mars 2014, la CFE engage d'elle-même auprès du CMS une démarche d'accréditation qui semble poser trois difficultés :

- les niveaux de remboursement prévus par le régime général français pour les dépenses de prévention, insuffisants au regard des exigences américaines ;
- l'âge limite de prise en charge des enfants, le rattachement des ayants droit cessant à 20 ans dans le régime français alors que les Etats-Unis demandent le maintien jusqu'à 25 ans ;
- l'impossibilité de comparer la nomenclature française des actes de santé avec les exigences minimales de la loi américaine.

Dès juin 2014, la CFE est peu optimiste sur le résultat de la procédure. Les administrateurs envisagent de former des partenariats avec des assureurs accrédités aux Etats-Unis. La difficulté étant que les sociétés d'assurance ne sont pas forcément accréditées dans tous les états américains.

La CFE renonce finalement en septembre 2014 à l'idée d'intervenir elle-même aux Etats-Unis et interrompt la procédure d'accréditation. La démarche lui semble en effet trop complexe : pour être conforme à la législation américaine, le cadre juridique de la CFE aurait dû être modifié, ce qui impliquait donc de réécrire les dispositions législatives et réglementaires du CSS et de découpler en partie les règles d'affiliation et de prestations de l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité par rapport au régime général.

### 1.4 La Caisse se replie sur un partenariat négocié avec un assureur américain, WellAway

En décembre 2014, le directeur de la CFE, Michel Touverey annonce en CA que la CFE a été contactée par un assureur américain qui lui propose un partenariat.

Selon les discussions alors en cours, la CFE pourrait rembourser les assurés selon la législation française qui s'applique à elle, l'assureur américain prenant en charge le reste. L'assureur américain propose en échange un rabais sur ses cotisations aux assurés CFE. Ceux-ci sont précisés dans une brochure de WellAway : le montant de la prime annuelle d'assurance d'un assuré individuel sera ainsi de 4 082\$ au lieu de 5 535\$, soit un rabais de 26%. La prime annuelle d'assurance d'une famille s'élèvera à 17 829\$ au lieu de 23 263\$, soit un rabais de 23%.

L'assureur est WellAway. C'est une entreprise domiciliée aux Bermudes, avec des succursales en Floride et en Belgique. WellAway propose trois niveaux de garantie : « Premier », « Prestige », « Elite ». Ils déterminent le niveau de cotisations et de prestations. Le montant des cotisations est également modulé en fonction de trois critères, l'âge, la composition familiale et le fait d'être fumeur ou non fumeur. Concernant les prestations, le reste à charge annuel maximal varie fortement en fonction du niveau de garantie choisi (de 1 500 \$ à 25 000 \$). Le niveau de prestations servies par la CFE est indépendant du niveau de couverture choisi par les assurés.

Un accord de principe a été conclu le 26 novembre 2014 mais sa date d'entrée en effet n'a pas été fixée et la convention opérationnelle de partenariat n'a pas encore été signée. Celle-ci sera rédigée en anglais et régie, en cas de litige, par le droit américain.

La page d'accueil du site internet de WellAway affiche d'ores et déjà que le partenariat formé avec la CFE est la première offre conforme à l'Obamacare reconnue par les autorités françaises (*The first ACA compliant program recognized by French authorities*).

Dans un courriel daté du 2 février 2015 à destination de la conseillère diplomatique de la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, la cheffe de la DACI, parle « d'un processus de sélection artisanale ». WellAway aurait approché la CFE et, la Caisse aurait alors accepté l'offre de partenariat sans vraiment négocier ni chercher d'autres partenaires.

## 2. LES ENSEIGNEMENTS DE L'OBAMACARE

### 2.1 La gestion dans l'urgence du dossier a poussé la CFE à s'engager dans un partenariat à l'intérêt incertain

La réaction des autorités françaises et de la CFE a été très tardive. Promesse phare du candidat Obama dès la campagne présidentielle de 2008, la réforme de l'assurance maladie américaine a donné lieu à l'issue de débats animés et largement commentés sur le plan international à des dispositions législatives dans deux textes adoptés par le Congrès au 1er semestre 2010 et destinés à une entrée en vigueur programmée pour 2014. Or ni l'Etat ni la CFE ne semblent s'être inquiétés de l'impact possible de cette législation sur l'activité de la CFE aux Etats-Unis avant que les expatriés français aux Etats-Unis ne manifestent leurs inquiétudes en novembre 2013. La CFE considère qu'elle n'est pas responsable de la régularité de la situation de ses affiliés au regard de la législation du pays où ils résident mais cet argument de principe n'aurait pas dû la conduire à négliger de suivre attentivement le développement de la réforme Obamacare.

L'urgence de la situation a empêché la CFE et les autorités françaises de mener une analyse sereine de la situation. Une analyse approfondie de la législation Obamacare ne pouvait être réalisée dans des délais très courts étant donné la longueur et la complexité juridique de cette législation. La CFE ne possédait d'ailleurs pas de telles compétences et aurait dû être assistée du ministère des Affaires étrangères, du ministère des Affaires sociales ou du CLEISS.

Une telle analyse aurait permis de relativiser l'impact de l'Obamacare sur l'intervention de la CFE aux Etats-Unis. En effet les adhérents de la CFE aux Etats-Unis ne s'exposent pas à une sanction fiscale dans le cadre des partenariats négociés entre la CFE et les assureurs ainsi que les mutuelles reconnues comme Minimum Essential Coverage aux Etats-Unis.

Pour les adhérents qui cumulaient une couverture américaine conforme (assurance privée, programme gouvernemental type Medicare etc.), assurance privée et une adhésion à la CFE sans que les deux adhésions soient coordonnées : ceux-ci ne s'exposaient pas à d'éventuelles sanctions financières dans le cas où leur assurance était conforme à l'Obamacare<sup>14</sup>.

La situation était en fait délicate pour les adhérents qui ne souscrivaient qu'à la CFE ou à un package négocié entre la CFE et un assureur non agréé aux Etats-Unis (comme Humanis). Cette situation est plus limitée que ce que la réaction de la CFE et des autorités françaises laissaient supposer. En effet, la plupart des adhérents à la CFE aux Etats-Unis ne se contentent pas d'une adhésion à la CFE puisque celle-ci propose des niveaux de remboursement tout à fait insuffisants.

---

<sup>14</sup> La loi et ses règlements d'application listent les types d'assurances reconnues *a priori* comme MEC : voir <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Market-Reforms/minimum-essential-coverage.html>. Il s'agit des contrats de groupe souscrits par un employeur, des programmes publics comme Medicaid ou Medicare, contrats dits « *grandfathered plans* », c'est-à-dire souscrits avant le etc., dont la conformité à la loi est présumée (et qui couvrent l'essentiel de la population américaine). La loi fixe les critères à respecter par les autres contrats d'assurance pour être considérés comme MEC. C'est la procédure correspondant à cette reconnaissance qui a été engagée par la CFE auprès du Department of Health and Human Services.

La loi prévoit également des cas d'exemption de la pénalité fiscale : lorsque les assurances effectivement disponibles sont trop chères pour le ménage, que son revenu est très faible (sous le seuil pour Medicaid pour remplir une déclaration fiscale, etc.), lorsqu'il se trouve dans des situations particulières comme l'incarcération, certains expatriés aux Etats-Unis, etc. Voir <https://www.healthcare.gov/fees-exemptions/exemptions-from-the-fee/>

Les entreprises qui affilient des salariés expatriés à la CFE souscrivent des contrats complémentaires pour la même raison.

L'établissement précis du nombre d'adhérents à la CFE susceptibles de se trouver en difficulté aurait dû être un préalable à toute décision.

Cédant aux pressions, la CFE a négocié un nouveau partenariat avec un assureur américain. Pourtant l'intérêt de ce partenariat n'est pas établi.

Tout d'abord, ce partenariat n'était pas nécessaire au maintien de l'activité de la CFE aux Etats-Unis. Celle-ci pouvait continuer à offrir ses services par le biais de ses partenaires agréés aux Etats-Unis ou par une adhésion individuelle en complément d'une assurance privée souscrite par ailleurs. Ce partenariat a en outre été perçu par certains partenaires traditionnels de la CFE comme une remise en cause de leurs relations privilégiées et pourrait à ce titre mettre la Caisse en difficulté vis-à-vis de ces concurrents.

Du point de vue des assurés, l'intérêt de ce partenariat par rapport à l'offre disponible sur le marché américain semble également limité. Cette offre semble relativement coûteuse. Le montant des cotisations mensuelles, hors frais dentaires et optiques, d'une famille composée de parents âgés de 35 ans et d'enfants en bas âge pourrait varier entre 1 157 \$ (offre Premier) et 1 491 \$<sup>15</sup>. Les personnes âgées de plus de 65 ans sont renvoyées au Medicare et ne pourront adhérer à l'assurance WellAway-CFE<sup>16</sup>. Surtout, elle n'entre pas dans le dispositif des assurances disponibles sur les marchés des Etats américains (Health Insurance Marketplaces), qui ouvrent droit à un important crédit d'impôt au bénéfice des assurés pour que ceux-ci soient en mesure de souscrire une assurance santé convenable à un prix abordable<sup>17</sup>. WellAway ne semble pas non plus particulièrement bien positionné sur le marché de l'assurance américain. En effet, aux Etats-Unis, les assurances négocient directement les tarifs avec les professionnels de santé. Plus un assureur est puissant, plus les tarifs négociés seront bas, et le réseau de professionnels qu'il conventionne important. Il ne semble pas que WellAway dispose de cette taille critique et soit en mesure d'offrir les services au meilleur coût à ses assurés.

Enfin ce partenariat présente des risques juridiques. L'accord de principe a été rédigé en anglais et la convention de partenariat devrait également être rédigée en anglais et en droit américain. La mission appelle à faire preuve d'une grande vigilance quant à la finalisation de ce partenariat. La convention devrait donc être rédigée en français et en anglais et le texte relu dans les deux langues par des personnes compétentes. Aucune clause prévoyant l'exclusivité entre la CFE et WellAway quant à l'intervention de la CFE aux Etats-Unis ne doit être introduite.

## **2.2 L'intérêt d'une adhésion à la CFE pour les assurés résidant aux Etats-Unis est de plus en plus limité**

L'intervention de la CFE aux Etats-Unis aujourd'hui peut se faire dans plusieurs cadres :

- le partenariat WellAway-CFE ;
- les partenariats négociés entre la CFE et des assureurs ou mutuelles agréés aux Etats-Unis ;
- une adhésion individuelle intervenant en complément et de manière indépendante à la souscription d'une assurance privée. L'intervention de la CFE pour rembourser les soins exposés aux Etats-Unis dépend dans ce cas des règles de coordination entre assurances prévues par les assurances privées. Ces règles s'appliqueront si les adhérents de la CFE signalent leur adhésion à la CFE à leur assureur américain.

<sup>15</sup> Source : site internet de WellAway

<sup>16</sup> Cela pourrait poser problème à des résidents français ne remplissant pas les conditions d'éligibilité à Medicare (en général ; être résident aux Etats-Unis, avoir plus de 65 ans, avoir travaillé et cotisé au moins 10 ans)

<sup>17</sup> Dans la décision *King v Burwell* (25 juin 2015), la Cour suprême fédérale des Etats-Unis a confirmé que les assurés pouvaient bénéficier de ces crédits d'impôt même si le marché d'un Etat fédéré est en fait géré par l'Etat fédéral.



Si l'intérêt d'une adhésion à la CFE aux Etats-Unis est aujourd'hui très limité, cela tient à l'amélioration considérable de la couverture santé des résidents aux Etats-Unis mais aussi au problème initial de la faiblesse des remboursements au regard des prix des biens et services médicaux, et de l'absence de conventionnement des prestataires de santé américains. La nécessité, pour un affilié à la CFE seule, d'avancer les frais en cas d'hospitalisation est un inconvénient majeur. La CFE pouvait peut-être dans certains cas servir à combler les trous de l'assurance santé aux Etats-Unis avant la réforme Obamacare. Aujourd'hui, une couverture santé convenable est accessible à des prix abordables pour la plupart des personnes résidant aux Etats-Unis. Les assurances disponibles sur les marchés régulés des Etats américains respectent les obligations de l'Obamacare et des crédits d'impôt sont ouverts aux personnes dont les revenus représentent jusqu'à 4 fois le seuil de pauvreté fédéral<sup>18</sup>. Les conditions d'accès au Medicaid ont également été assouplies : il est à présent ouvert aux personnes gagnant jusqu'à 1.3 fois le seuil de pauvreté dans la plupart des Etats<sup>19</sup>.

Peut-on considérer que les Français résidant aux Etats-Unis sont bien couverts par le système mis en place par l'Obamacare ? Dans la mesure où l'Obamacare permet à tous les résidents aux Etats-Unis, quels que soient leurs revenus d'accéder à une véritable assurance santé grâce à différents dispositifs (crédits d'impôt, création des marchés régulés au niveau des Etats, assouplissement des conditions d'éligibilité au Medicare et Medicaid...) on peut raisonnablement considérer que tous les Français résidant légalement aux Etats-Unis bénéficieront d'une assurance santé convenable.

L'intérêt principal de la CFE pour les personnes résidant aux Etats-Unis consiste dès lors encore plus qu'auparavant quasi-exclusivement dans la continuité des droits avec le système français. L'adhésion à la CFE permet d'obtenir le remboursement des soins reçus lors des courts séjours en France et d'éviter le délai de carence lors d'un retour définitif. La marginalisation de la CFE aux Etats-Unis se confirme avec la réforme de l'Obamacare.

## 2.3 L'exemple américain révèle les fragilités de l'intervention de la CFE

L'exemple américain révèle que le cadre d'intervention de la CFE à l'étranger est toujours fragile. Il peut être remis en cause unilatéralement par l'Etat où la CFE intervient, en particulier quand cet Etat instaure une obligation de souscrire une assurance privée répondant à un cahier des charges. La CFE pourrait bientôt être confrontée à une situation similaire en Australie. Ces évolutions sont d'autant plus délicates quand la CFE ou les ministères de tutelle n'anticipent pas correctement les changements à venir.

La situation de la CFE illustre également le problème de l'uniformité des prestations servies par la Caisse. Celles-ci ne dépendent pas du coût des prestations réellement exposées puisque la base de remboursement utilisée est celle qui vaut pour le régime général. L'intérêt de la CFE dépend alors grandement du pays de résidence des adhérents. Aux Etats-Unis, la CFE joue au mieux le rôle d'une mutuelle permettant de réduire, dans des proportions limitées qui plus est, le reste à charge des assurés. Son attrait principal réside dans le rôle d'assurance voyage, qu'elle joue de facto pour les séjours de courte durée en France, et dans celui d'assurance pour le retour définitif en France. La question de l'intérêt de cotiser pour couvrir ces risques pourrait se poser avec d'autant plus d'acuité suite à la réforme de l'Obamacare. De fait, les plus modestes pourraient avoir des difficultés à cumuler assurance privée et CFE. Dans la mesure où seule une adhésion à la CFE permet de garantir une continuité des droits avec la sécurité sociale française pour les résidents

<sup>18</sup> Soit 47080 dollars par an pour une personne seule et 97000 dollars pour une famille de 4 personnes en 2015.

<sup>19</sup> La loi initiale prévoyait une extension automatique à tous les Etats mais cette disposition a été jugée inconstitutionnelle par la Cour suprême. Aujourd'hui l'extension est effective dans 30 Etats (dont Washington, DC), en discussion dans 3 Etats supplémentaires. 18 Etats s'y opposent toujours.



Français aux Etats-Unis, les ménages les plus modestes sont plus susceptibles de se trouver exclus du mécanisme de coordination de sécurité sociale pour ce qui est du risque maladie,

Il est trop tôt pour tirer les conséquences de l'Obamacare sur l'activité de la CFE. Interrogée à ce sujet par la mission, la CFE dit n'avoir eu que peu d'échos de la part des entreprises et des adhérents individuels aux Etats-Unis.

En tout état de cause, le développement de l'activité de la CFE aux Etats-Unis ne paraît pas souhaitable. Il se heurterait tout d'abord à la complexité du marché assurantiel américain. Pour proposer un produit vraiment intéressant à ses adhérents aux Etats-Unis, la CFE devrait négocier des partenariats avec de gros assureurs privés américains ou avec les assurances intervenant sur les marchés régulés des 50 Etats. De telles négociations seraient inévitablement lourdes et fastidieuses et la CFE ne semble pas suffisamment armée pour les mener.

Si on considère en outre que la CFE doit avant tout permettre aux Français, où qu'ils résident, d'accéder à une couverture santé convenable, alors on peut estimer que l'intervention de la CFE aux Etats-Unis est de toute façon beaucoup moins pertinente depuis la réforme de l'Obamacare. En effet, celle-ci assure mieux que la CFE les résidents français aux Etats-Unis et est surtout mieux adaptée à la situation américaine qu'une assurance dont les prestations et les tarifs sont définis par référence au système français. Dans ce cas, même en cas de forte perte des adhérents aux Etats-Unis, l'activité de la CFE aux Etats-Unis ne doit pas être développée ou soutenue.

Cependant, les tutelles pourraient également s'interroger sur l'impact de la réforme sur l'autre objectif assigné à la CFE, à savoir celui d'assurer une coordination avec le système français de sécurité sociale. D'autant que seule une adhésion à la CFE permet de garantir cette continuité pour les résidents aux Etats-Unis. En effet, la convention internationale de coordination de sécurité sociale ne concerne que le risque vieillesse. La situation présente en particulier un risque pour les Français les plus modestes, qui ne pourront pas supporter le coût d'une double affiliation à une assurance américaine et à la CFE. Si cet objectif est considéré comme prioritaire et si le besoin en est fortement exprimé, alors les moyens d'assurer au mieux cette coordination entre la France et les Etats-Unis pourraient être étudiés. Ces réflexions sont à mener sur le moyen terme et l'impact de l'Obamacare sur l'activité de la CFE et les assurés aux Etats-Unis doit auparavant être mesuré.

## ANNEXE 5 – ANALYSE DE LA SITUATION FINANCIERE DE LA CFE

<b>1</b>	<b>LA SITUATION FINANCIERE DE LA CAISSE EST Saine .....</b>	<b>50</b>
1.1	L'obligation d'équilibre financier à laquelle la Caisse est soumise est respectée.....	50
1.1.1	La Caisse affiche un excédent financier pour quatorze des quinze exercices étudiés.....	50
1.1.2	Depuis 2008 le résultat net de la caisse est toutefois plus instable .....	51
1.2	Les résultats financier et exceptionnel permettent de lisser la sinistralité de l'activité.....	51
1.3	Si le risque accidents du travail – maladies professionnelles génère d'importants excédents pour la Caisse, le risque maladie n'est, lui, équilibré que depuis 2012.....	53
1.4	Seuls l'espace économique européen et l'Amérique assurent l'équilibre financier de la caisse .....	55
1.5	La Caisse a pu accumuler des réserves conséquentes lui permettant d'assurer sa solvabilité à terme .....	57
1.5.1	Les réserves techniques sont passées de 100 M € en 2002 à 175 M€ en 2014.....	58
1.5.2	Le montant de la réserve spéciale a quadruplé depuis sa création .....	58
1.5.3	La Caisse dispose de plus de 400 M€ de réserves financières, détenues sous forme de disponibilités et d'obligations.....	58
1.5.4	La Caisse présente un ratio de solvabilité appréciable .....	59
<b>2</b>	<b>DES DESEQUILIBRES DANS LA STRUCTURE DE SON ACTIVITE ET DANS LA DEMOGRAPHIE DE SES ADHERENTS POURRAIENT TOUTEFOIS MENACER CET EQUILIBRE .....</b>	<b>60</b>
2.1	Les excédents de la branche accidents du travail – maladies professionnelles, qui participent largement à l'équilibre de la Caisse, se sont réduits de plus d'un tiers en deux ans .....	60
2.2	A démographie inchangée, l'équilibre de l'assurance maladie sera dégradé à terme par le vieillissement de la population et le poids croissant des pensionnés .....	63
2.2.1	La part des adhérents de plus de 60 ans progresse plus vite que les autres catégories d'âge.....	63
2.2.2	La concentration de ces adhérents en Afrique et en Asie explique le déséquilibre de ces zones .....	65
2.2.3	La segmentation en trois catégories d'adhérents est susceptible de favoriser la fraude et aboutit à la concentration géographique des mauvais risques .....	66
<b>3</b>	<b>LES MESURES PRISES PAR LA CAISSE POUR PRESERVER SON EQUILIBRE SONT PERTINENTES MAIS POURRAIENT ETRE RENFORCEES .....</b>	<b>68</b>
3.1	Les relèvements des taux de cotisations du risque maladie, en 2010 puis en 2013, ont été efficaces et pourraient être de nouveau mobilisés puisque ceux-ci restent encore bien inférieurs au régime général .....	68
3.1.1	Le rehaussement de 2010 a ciblé en priorité les catégories à l'équilibre financier négatif.....	68
3.1.2	La hausse générale des taux de cotisations pour 2013 a, quant à elle, permis de compenser les déséquilibres internes de la Caisse.....	70
3.2	La Caisse a fiabilisé son information financière par une certification des comptes sans réserve depuis 2012 mais doit encore renforcer la fiabilisation de ses processus .....	71
3.3	Le contrôle interne doit encore être amélioré pour atteindre un nouveau palier de performance dans l'activité de la Caisse.....	71
3.4	La Caisse pourrait diminuer ses charges de gestion courante par un effort d'informatisation dans la liquidation des prestations et par ailleurs une meilleure gestion de ses personnels.....	72
3.4.1	Les charges de personnel apparaissent désormais modestes malgré une hausse importante des effectifs en 2013.....	72
3.4.2	Les charges de gestion courante sont en revanche élevés en comparaison des autres caisses de sécurité sociale.....	72
3.4.3	Les difficultés de financement de la gestion administrative de la Caisse doivent conduire à une informatisation des compétences pour freiner à terme la croissance des dépenses de gestion courante.....	74

## 1 LA SITUATION FINANCIERE DE LA CAISSE EST SAINES

Sur la période 2004-2014, la Caisse a respecté chaque année l'obligation d'équilibre qui pèse sur elle en vertu de l'article R. 766-57 du Code de la sécurité sociale, à l'exception de l'exercice 2011, (-4 M€), ce qui s'explique essentiellement par une évolution de la nomenclature comptable.

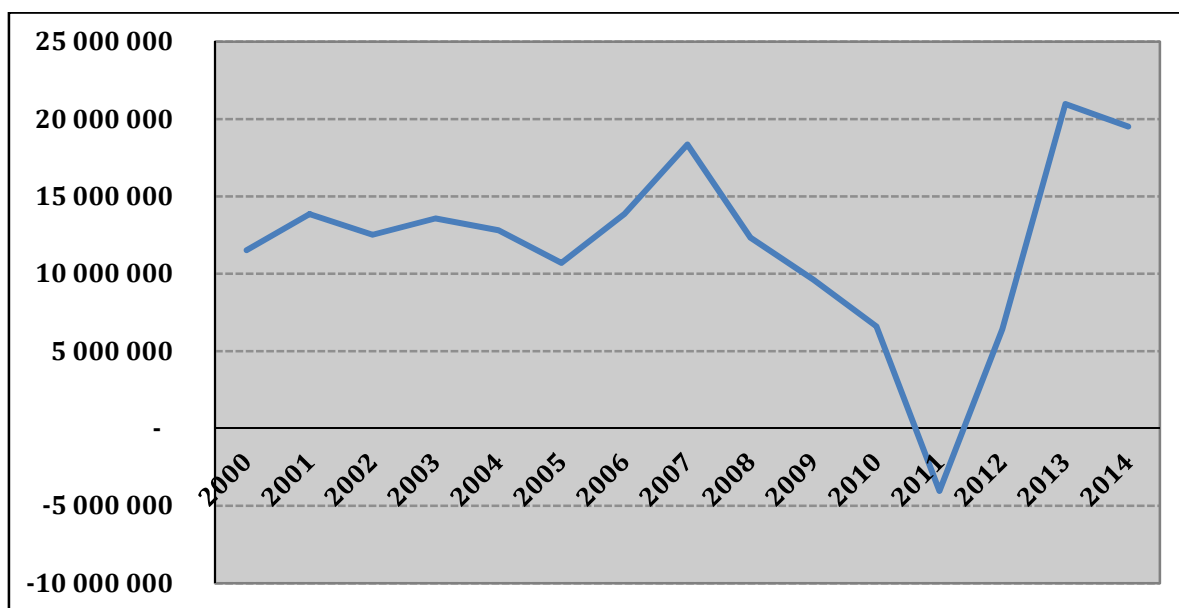
Depuis la création de la Caisse en 1978, la croissance du nombre de nouveaux adhérents permet de dégager des excédents d'exploitation importants et stables, et de constituer des réserves, tout en diminuant à six reprises ses taux de cotisations aujourd'hui très en-deçà du régime général. Dans la période la plus récente (depuis 2008), la Caisse a été conduite, à deux reprises (en 2010 et 2013), de relever ses taux de cotisations, notamment pour les catégories d'adhérents qui présentent le déficit le plus prononcé à l'assurance maladie (les pensionnés et les inactifs).

La situation financière de la Caisse est saine ce qui permet de garantir sa solvabilité à moyen terme, mais n'empêche pas d'adopter une attitude prudente notamment au regard de l'évolution de la démographie de ses adhérents.

### 1.1 L'obligation d'équilibre financier à laquelle la Caisse est soumise est respectée

#### 1.1.1 La Caisse affiche un excédent financier pour quatorze des quinze exercices étudiés

Graphique 1 : Résultat net de la Caisse des Français de l'étranger de 2000 à 2014



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Sur les quinze exercices étudiés, la caisse a dégagé un résultat net positif pendant quatorze années, respectant ainsi l'obligation d'équilibre qui pèse sur elle.

De 2000 à 2007, le résultat net apparaît remarquablement stable et élevé, entre 10 et 15 M€ pour chaque exercice, ce qui permet à la caisse d'accumuler des réserves financières qu'elle investit principalement en obligations d'Etat (cf infra). L'exercice 2007 apparaît même exceptionnel avec près de 20 M€ de bénéfice, pour un montant total de cotisations encaissées au titre des assurances

volontaires de 111 M€ Les trois composantes du résultat net - résultat d'exploitation, résultat financier et résultat exceptionnel - présentent en effet des excédents importants sur la période (cf infra).

### 1.1.2 Depuis 2008 le résultat net de la caisse est toutefois plus instable

De 2008 à 2011, la caisse a connu une forte dégradation de ses performances bien que le résultat net soit resté positif. Le résultat d'exploitation s'est d'abord très largement réduit à travers le régime des assurés inactifs et pensionnés de l'assurance maladie, du fait d'un déséquilibre devenu structurel de la pyramide des âges des adhérents. Le résultat a par ailleurs été grevé par une exceptionnelle morbidité pour l'exercice 2010. Le résultat financier a enfin subi les effets de la crise financière à partir de 2008, avec une moindre rentabilité de ses placements. La conjonction de ces trois éléments a mené à une forte contraction des disponibilités de la caisse à travers le report à nouveau (de 25 M€ en 2011 à 20 M€ en 2012), sans toutefois mettre en péril sa solvabilité.

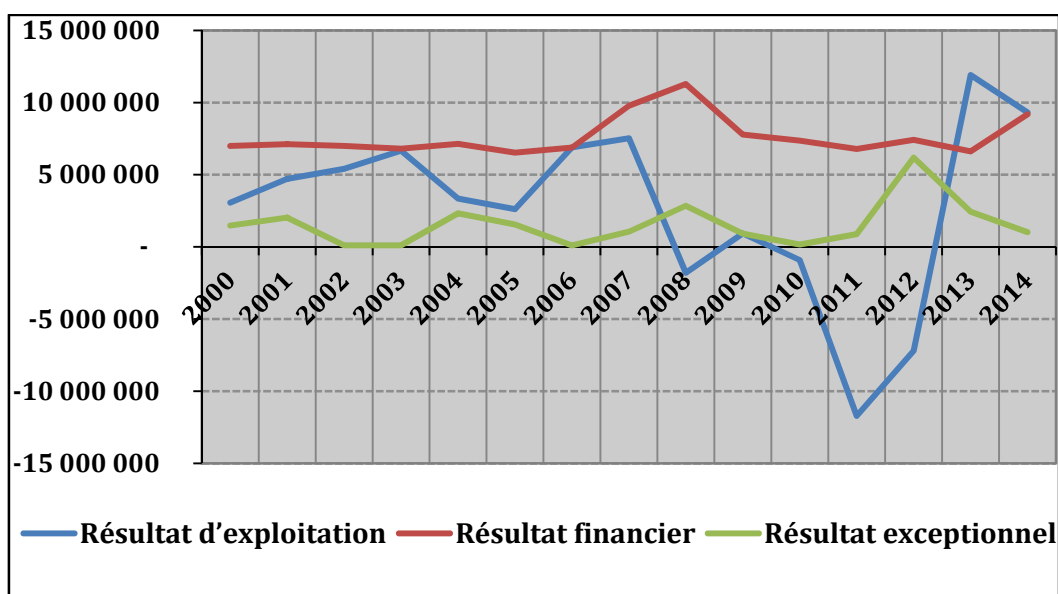
La caisse affiche un résultat négatif uniquement en 2011, qui s'explique essentiellement par un changement comptable consistant à intégrer les augmentations de réserves techniques visant à couvrir les engagements à long terme dans les provisions pour charge.

Depuis l'exercice 2011, la situation financière de la caisse s'est cependant rétablie, le résultat net pour 2013 atteignant même près de 20 M€, et celui de 2014, 19,5 M€. Plusieurs mesures ont prises par la CFE ont contribué à ce redressement. Les taux de cotisations des inactifs et des pensionnés au titre de l'assurance maladie ont été relevés en 2010, avant un nouveau relèvement pour l'ensemble des risques et des adhérents (à l'exception des étudiants) au cours de l'exercice 2013. Au total, la caisse a respecté son obligation d'équilibre financier sur la quasi-intégralité des exercices étudiés et a su prendre les mesures nécessaires quand celui-ci risquait de ne pas être atteint.

## 1.2 Les résultats financier et exceptionnel permettent de lisser la sinistralité de l'activité

A partir d'une analyse plus détaillée, il apparaît que les composantes du résultat suivent des trajectoires différentes.

Graphique 2 : Typologie des résultats de la Caisse des Français de l'étranger



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Tableau 1 : Évolution des résultats d'exploitation, financier, exceptionnel entre 2011 et 2014

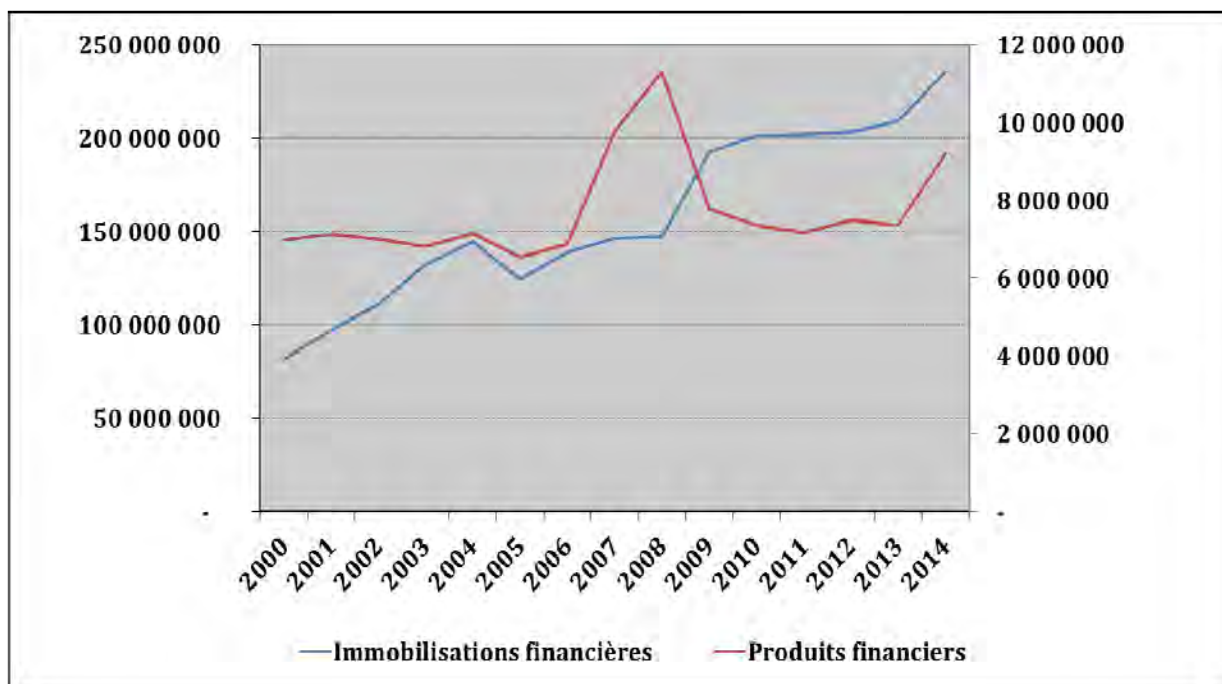
Résultat (en €)	2011	2012	2013	2014
Exploitation	- 11 708 098	- 7 195 044	11 913 286	9 313 432
Financier	7 162 186	7 419 106	6 616 416	9 186 769
Exceptionnel	881 308	6 190 361	2 442 578	1 019 985
TOTAL	- 4 037 298	6 414 423	20 972 281	19 520 186

Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Le résultat net de la CFE se décompose entre :

- **le résultat d'exploitation** constitue la variable à la fois la plus volatile et la moins prévisible de la caisse, liée à la sinistralité des risques. Jusqu'en 2008, ce résultat reste positif et dégage un excédent important, en particulier grâce au risque accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP). Toutefois, à partir de 2008, l'équilibre de la gestion technique de la caisse a été dégradé, en particulier avec une forte dégradation en 2011 s'expliquant par une moindre rentabilité du risque maladie-maternité-infirmité (déficiaire à hauteur de -5 M€) qu'un excédent moins important que d'habitude de l'assurance AT-MP n'a pas permis de compenser. Enfin, la gestion administrative présentait, au cours de cet exercice, un déficit important, expliqué notamment par une moindre rentabilité de ses actifs financiers affectés au financement des frais de gestion administrative de la Caisse (cf. infra) ;
- **le résultat financier**. Les placements financiers de la Caisse lui fournissent chaque année des produits financiers importants, autour de 7 M € par exercice. Si les exercices 2007 et 2008 ont vu s'accroître de manière importante cette source de revenus, à près de 10% de rentabilité pour 10 M€ de produits financiers, la période 2009-2013 apparaît moins favorable, avec une rentabilité de 4% contre 7% en moyenne sur la période 2000-2008. Ces ressources financières ne suffisant pas à couvrir les dépenses de gestion administrative, l'excédent des gestions techniques maladie et AT MP, à la faveur d'un rehaussement de cotisation, contribue au financement de la gestion administrative.

Graphique 3 : Évolution des immobilisations financières et des produits financiers de la caisse des Français de l'étranger



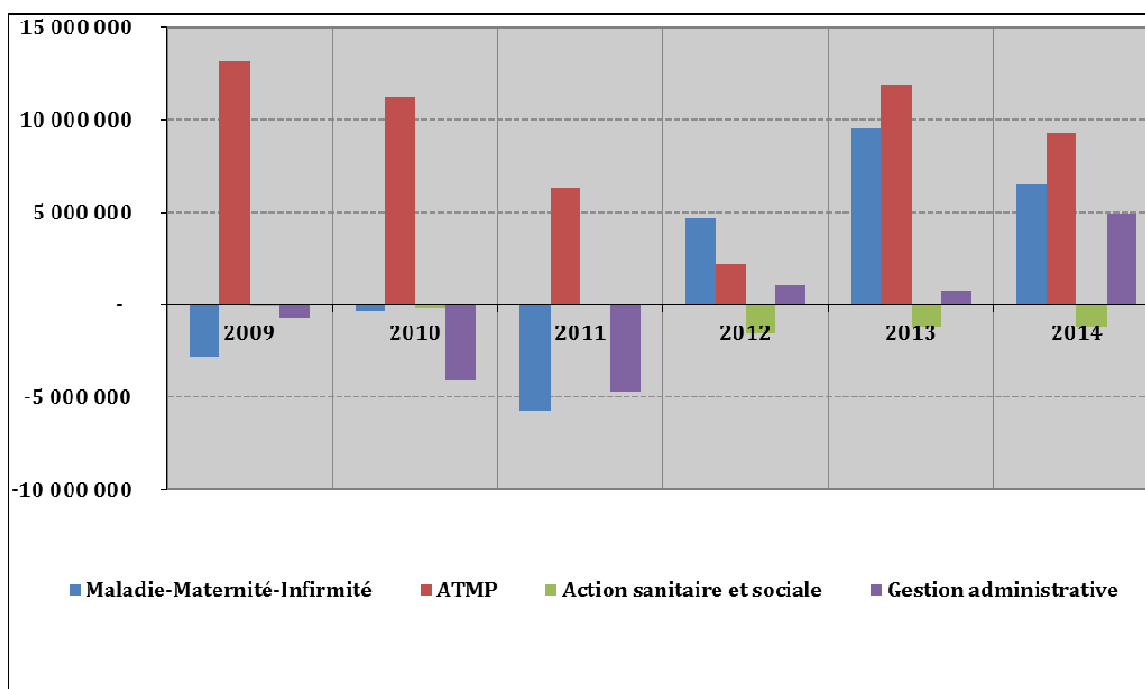
Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

- **le résultat exceptionnel.** Les placements financiers sont constitués pour faire face aux engagements techniques de long terme mais également au risque de sinistralité exceptionnelle de la Caisse. Ils permettent d'amortir les déséquilibres liés à la gestion technique. En effet, les immobilisations financières de la Caisse, qui s'élèvent à fin 2014 à plus de 228 M€, permettent, en plus de produire chaque année des revenus financiers, de générer des revenus par des cessions d'actifs immobilisés lorsque le résultat d'exploitation devient négatif. En 2012, par exemple, plus de 6 M€ d'actifs ont été cédés pour contrebalancer le résultat d'exploitation négatif.

Au total, jusqu'en 2008, la Caisse dégagait de très bons résultats dans sa gestion technique, encore accentués par de bons résultats financiers liés aux placements financiers accumulés. A partir de 2009, ont coïncidé une performance dégradée de la gestion des risques et une moindre rentabilité des actifs financiers. Cumulée à une modification de la norme comptable (cf. infra), l'exercice 2011 était déficitaire.

### 1.3 Si le risque accidents du travail – maladies professionnelles génère d'importants excédents pour la Caisse, le risque maladie n'est, lui, équilibré que depuis 2012

Graphique 4 : Typologie des résultats par activité de la Caisse



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Tableau 2 : Évolution des comptes de résultat de la CFE entre 2011 et 2014

Résultat (en €)	2011	2012	2013	2014
Maladie – Maternité – Indemnité – Décès	- 4.209.962	4.676.722	9.583.699	6.501.263
Accidents du Travail – Maladies Professionnelles	6.305.489	2.209.086	11.919.839	9.255.041
Gestion administrative	- 4.492.036	1.089.031	708.388	4.957.324
Action sanitaire et sociale - Prévention	- 1.640.789	- 1.560.416	- 1.239.646	-1.193.442
<b>TOTAL</b>	<b>- 4.037.298</b>	<b>6.414.423</b>	<b>20.972.281</b>	<b>19.520.186</b>

Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Une analyse détaillée du résultat d'exploitation permet de mieux comprendre la trajectoire de la gestion des risques depuis 2009, qui constitue la période la plus pertinente au regard des récentes évolutions.

Le résultat d'exploitation de la caisse se compose des éléments suivants :

- **l'assurance maladie-maternité-invalidité.** Il s'agit de l'assurance volontaire principale de la CFE, avec plus de 150 M€ de cotisations et près de 140 M € de prestations sociales en 2014 ;
- **l'assurance accidents du travail – maladies professionnelles.** Structurellement excédentaire, cette branche représente en 2014 près de 11 M € de prestations versées pour plus de 23 M € de cotisations sociales ;
- **l'action sanitaire et sociale.** Ce compte retrace l'ensemble des activités de prévention et de soutien financier prises en charge par la Caisse. Les dépenses de l'action sanitaire et sociale atteignent en 2013 3,8 M € (dont notamment 1,2 M € de prise en charge de cotisations sous le dispositif dit de troisième catégorie aidée, et 1,4 M € d'actions de prévention), pour des recettes de 2,6 M € provenant de compensations internes (660 000 €), d'une contribution de la CNAV (865 000 €) et d'une participation de l'État au dispositif de la troisième catégorie aidée (498 000 €). L'article L. 766-9 du Code de la sécurité sociale prévoit en effet la participation du Ministère des affaires étrangères et du développement international à ce budget qui s'élève à 498 000 € en 2014, soit 40 % du budget accordé au dispositif de la 3ème catégorie aidée ;
- **l'assurance vieillesse** : cette branche ne participe pas en tant que tel au résultat d'exploitation de la Caisse, puisque celle-ci ne fait que collecter les cotisations qu'elle reverse à la CNAV, cotisations qui s'élèvent en 2013 à 288 M€. Toutefois, la CFE récupère sur ce montant plus de 3 M€ en 2014 dont 2,2 M€ prélevés pour frais de gestion et 865 000 € au titre de la participation de la CNAV à l'action sanitaire et sociale de la Caisse.
- **la gestion administrative.** Ce compte retrace l'ensemble des dépenses de fonctionnement et d'investissement de la Caisse. Ces dépenses sont financées par les produits financiers de la Caisse (9,4 M€ en 2014), la participation de la CNAV à la gestion de ses cotisations prévue par l'article R. 766-58 du Code de la sécurité sociale (2,4 M€ en 2014) et -depuis 2012- par une compensation interne organisée par la Caisse à partir de sa gestion technique du risque maladie (à hauteur de 8,9 M€ en 2014).

Au cours des cinq derniers exercices, chacun de ces comptes a suivi une trajectoire différente.

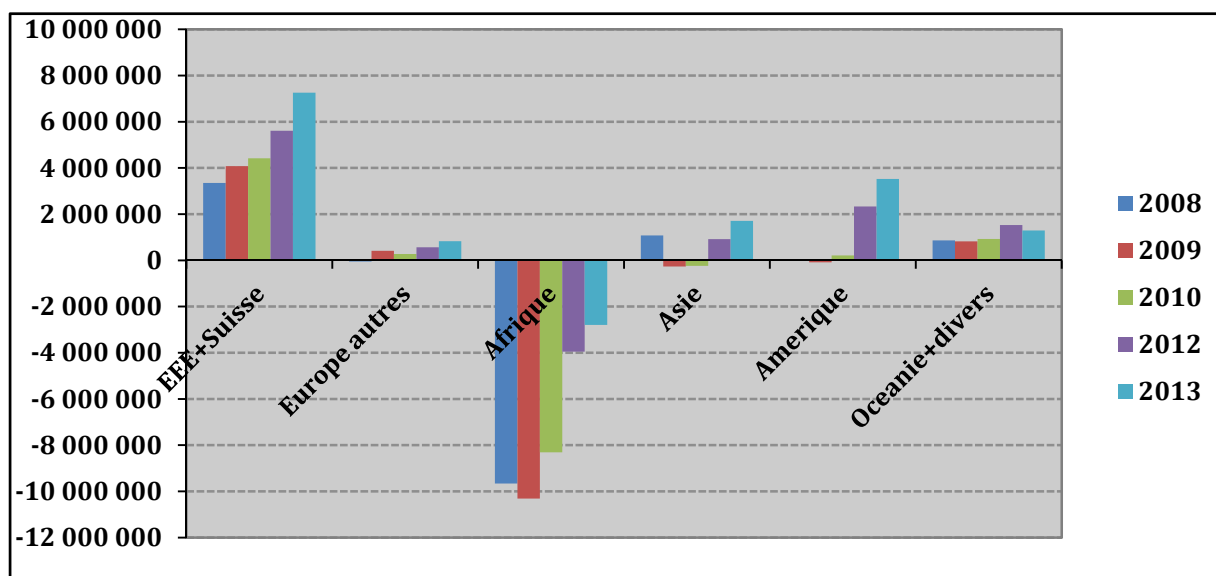
- **le risque accidents du travail – maladies professionnelles** apparaît au cours des exercices relativement prévisible et largement excédentaire. Ainsi, en 2009, 2010 et 2013 l'excédent de cette branche représente plus de 10 M€. Cependant, les exercices 2011 et 2012 laissent apparaître une moindre rentabilité de cette branche, liée à une sinistralité exceptionnelle. Dès 2013, la branche retrouve son niveau de rentabilité important historique, avec un excédent de plus de 9 M€ en 2014.
- au contraire, **le risque maladie-maternité-invalidité** apparaît beaucoup plus instable au cours des exercices, et souvent déficitaire. De 2009 à 2012 cette branche présente ainsi un déficit, compensé par le risque accidents du travail – maladies professionnelles, avant de se redresser notamment grâce aux relèvements de cotisations décidés par le Conseil d'administration à la mi-2013. En 2014, la branche est excédentaire à hauteur de 6,5 M€
- **le budget d'action sanitaire sociale**, équilibré depuis la création de la caisse, connaît un déficit depuis 2012. Celui-ci s'explique en partie par la compensation sur ce budget de la réduction de la participation de l'État au sein du dispositif de la 3ème catégorie aidée à partir de 2011. En effet, celle-ci est passée de 1,4 M€ en 2010 à 498 000 € en 2014 soit une baisse de 64%. Cette réduction de participation externe à la Caisse a été compensée par une contribution de la gestion technique à ce budget, et en particulier de la gestion maladie (700 000 € en 2014). Comme chaque année, le résultat de l'exercice 2014 est déficitaire à hauteur de -1,2 M€



- **le compte de gestion administrative.** Les revenus financiers liés aux placements de la caisse (8 M€ an en moyenne sur la période 2004-2014) ne suffisent pas à couvrir les frais de gestion administrative de la CFE (13M€an en moyenne sur la même période), auxquels ils sont affectés. Alors que les produits financiers dégagés par la CFE sont restés relativement stables sur la décennie analysée, les charges administratives ont progressé (+62 % entre 2004 et 2014), provoquant un doublement du besoin de financement du compte de gestion administrative (+128 % entre 2004 et 2014). La CFE a organisé le financement de la gestion administrative (pour 4,8 M€ en 2013) par les excédents des gestions techniques des assurances volontaires maladie et AT MP. La hausse de cotisation votée en 2013 visait spécifiquement à permettre cette compensation interne (dont le montant a doublé, atteignant 8,9 M€ en 2014). Avec 15 M€ en 2013 de frais liés directement au fonctionnement de la caisse, la gestion administrative représente près de 10% de l'ensemble des prestations versées par exercice (141 M€ en 2013). Très exceptionnellement, l'exercice 2014 est très excédentaire (près de 5 M€) du fait précisément de cette compensation interne qui s'est cumulée à un redressement des produits financiers (9,4 M€contre 7,4 M€en 2013).
- **Le risque vieillesse,** comme vu précédemment, n'est pas générateur de résultat. Les cotisations cumulées par la CFE pour le compte de la CNAV sont versées trimestriellement.

#### 1.4 Seuls l'espace économique européen et l'Amérique assurent l'équilibre financier de la caisse

Graphique 5 : Évolution de l'écart technique consolidé<sup>20</sup> (différence entre le montant des cotisations et le montant des prestations) du risque maladie-maternité-invalidité par zone géographique de 2008 à 2013 (hors 2011)



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

La lecture de la répartition géographique de l'écart technique consolidé du risque maladie-maternité-invalidité permet de mieux comprendre l'équilibre de la caisse. L'écart technique

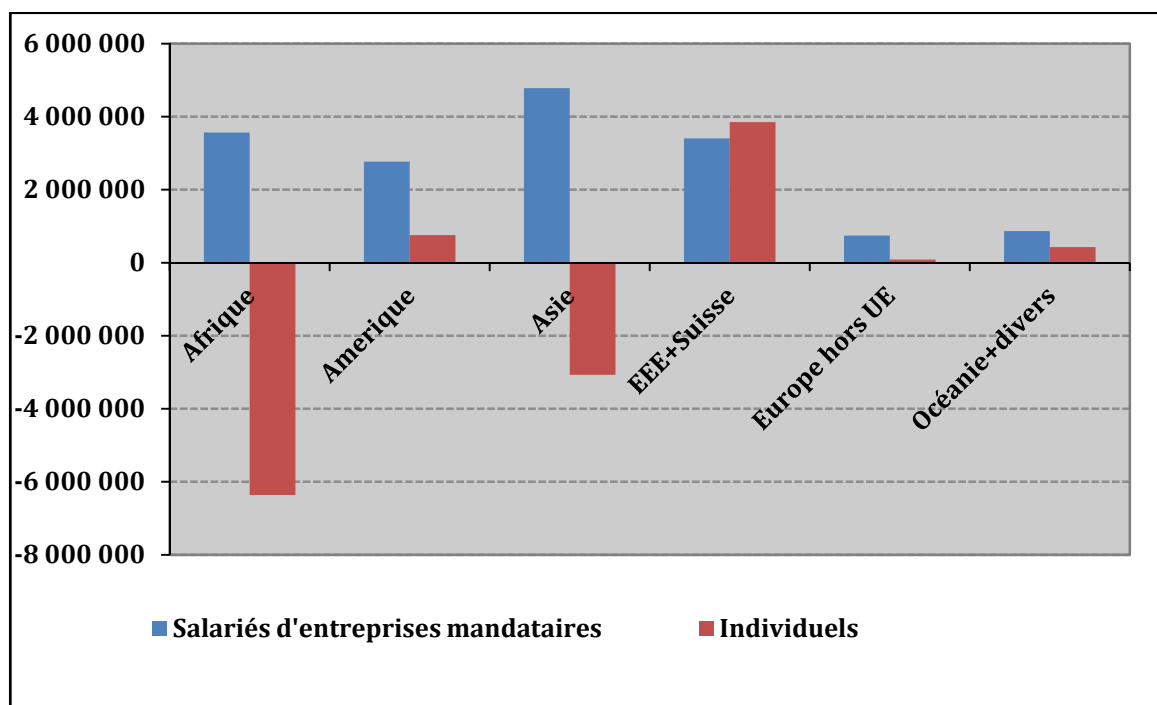
<sup>20</sup> Différence entre le montant des cotisations et le montant des prestations.

consolidé désigne la différence entre le montant des cotisations prélevées sur les adhérents d'une zone du monde et le montant des prestations offertes aux adhérents de cette même région :

- l'espace économique européen génère un excédent de près de 8 M€ de cotisations en 2013, soit deux fois plus qu'en 2008 ;
- *a contrario*, l'Afrique présente un déficit de cotisations de plus de 2 M€, bien que ce déficit ait fortement diminué depuis 2009 (près de 11 M€ en 2009 pour un peu plus de 2 M€ en 2013) ;
- l'Amérique (Nord et Sud) présente également pour la Caisse un différentiel positif de près de 4 M€ entre les cotisations et les prestations, en très forte croissance depuis 2012 puisque cette zone était déséquilibrée jusqu'en 2009 ;
- enfin, l'Asie et l'Océanie sont équilibrées positivement de manière assez stable, grâce à un excédent de près d'1 M€ des adhésions des entreprises mandataires.

Une analyse plus fine de la composition de ces écarts de flux pour 2013 permet de mieux comprendre la raison des différences de situation.

Graphique 6 : Répartition géographique de l'écart technique consolidé en 2013 entre les salariés d'entreprises mandataires et les adhérents individuels



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

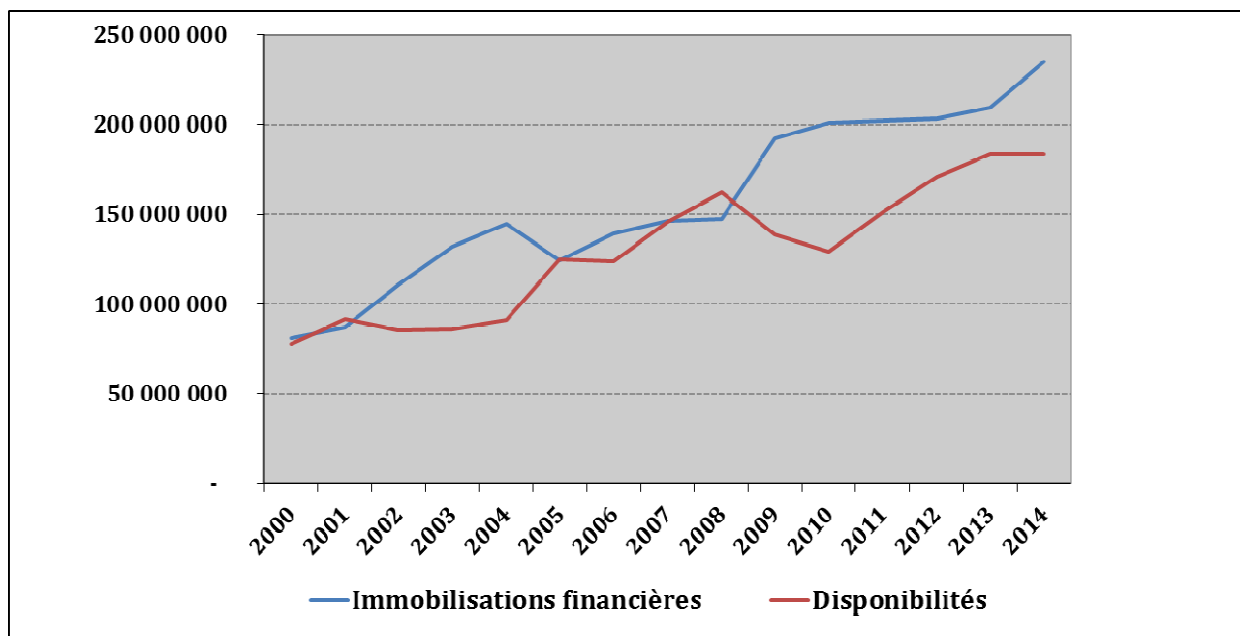
Dans chaque zone géographique, les salariés d'entreprises mandataires, très majoritairement soumis à des cotisations de catégorie 1 (76 % d'entre eux le sont par exemple pour le risque maladie au 31 décembre 2014), permettent de dégager des excédents importants. Ce sont des adhérents individuels que proviennent les différences géographiques :

- en Europe, les adhérents individuels sont une source de recettes importantes pour la Caisse, plus rentables même que les adhérents par entreprise mandataire ;
- en Amérique, les salariés des entreprises mandataires permettent de dégager plus de 2 M€ d'excédents, et le solde des adhérents individuels est également positif
- en revanche, en Afrique et en Asie le déséquilibre financier des adhérents individuels apparaît très important. La zone Afrique présente en effet un déficit de plus de 6 M€ sur les adhérents individuels, en partie seulement compensé par les salariés d'entreprises mandataires. Bien que plus proche de l'équilibre, la zone Asie n'en présente pas moins un déficit de près de 2 M€ pour les adhérents individuels.

## 1.5 La Caisse a pu accumuler des réserves conséquentes lui permettant d'assurer sa solvabilité à terme

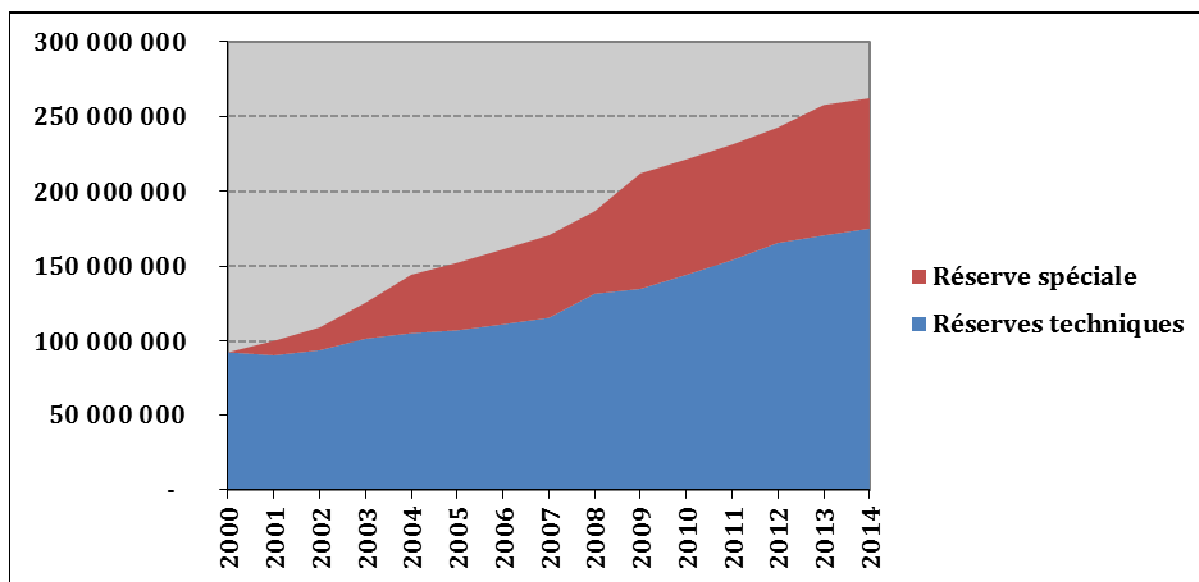
Avec des exercices successivement excédentaires, la Caisse a pu accumuler des réserves financières substantielles de deux natures.

Graphique 7 : Évolution des réserves de la Caisse entre 2002 et 2014



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Graphique 8 : Répartition des réserves de la CFE depuis 2000



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

### 1.5.1 Les réserves techniques sont passées de 100 M € en 2002 à 175 M€ en 2014

Les réserves techniques constituent le premier type de réserves, rendues obligatoires pour la CFE par l'article L766-8-1 du Code de sécurité sociale. Elles apparaissent désormais comptablement en provisions pour charges (depuis 2011).

Ces provisions, calculées à partir de tables de morbidité établies en 2007 sur la base d'un échantillon de bénéficiaires par un cabinet d'actuaire (une nouvelle étude aura lieu courant 2015), visent à couvrir les engagements de long terme de la Caisse. Il s'agit donc de dépenses certaines qui se réaliseront dans le futur.

Ces provisions techniques atteignent près de 175 M€ fin 2014, et sont constituées :

- des provisions mathématiques pour 159 M€
- des provisions pour sinistres à payer pour 7 M€;
- des provisions pour sinistres inconnus pour 9 M€

L'évolution de ces provisions répond à la méthode d'actualisation établie par un cabinet d'actuariat ayant accompagné la CFE en 2007.

### 1.5.2 Le montant de la réserve spéciale a quadruplé depuis sa création

L'article L. 766-8-1 du code de la sécurité sociale introduit par la loi de modernisation sociale du 18 janvier 2002 a autorisé la CFE à constituer, en plus des provisions correspondant aux engagements qu'elle prend au regard de ses adhérents, une réserve afin de couvrir le risque de sinistralité exceptionnelle, en particulier en incapacité permanente.

Néanmoins, ce dispositif législatif ne précisant pas le montant de cette réserve spéciale, celle-ci a été augmentée en moyenne de 5 M€ chaque année sauf entre 2010 et 2012, période au cours de laquelle la situation financière de la Caisse s'est dégradée. Elle atteint 87 M€ en 2014, mobilisables immédiatement puisque constituées principalement d'obligations souveraines.

### 1.5.3 La Caisse dispose de plus de 400 M€ de réserves financières, détenues sous forme de disponibilités et d'obligations.

Les réserves de la Caisse, qui apparaissent en passif de son bilan, se retrouvent dans l'actif du bilan sous la forme de disponibilités et d'immobilisations financières :

- les disponibilités atteignent 181 M€ à fin 2014.
- les immobilisations financières atteignent au total 235 M€ à la fin 2014.

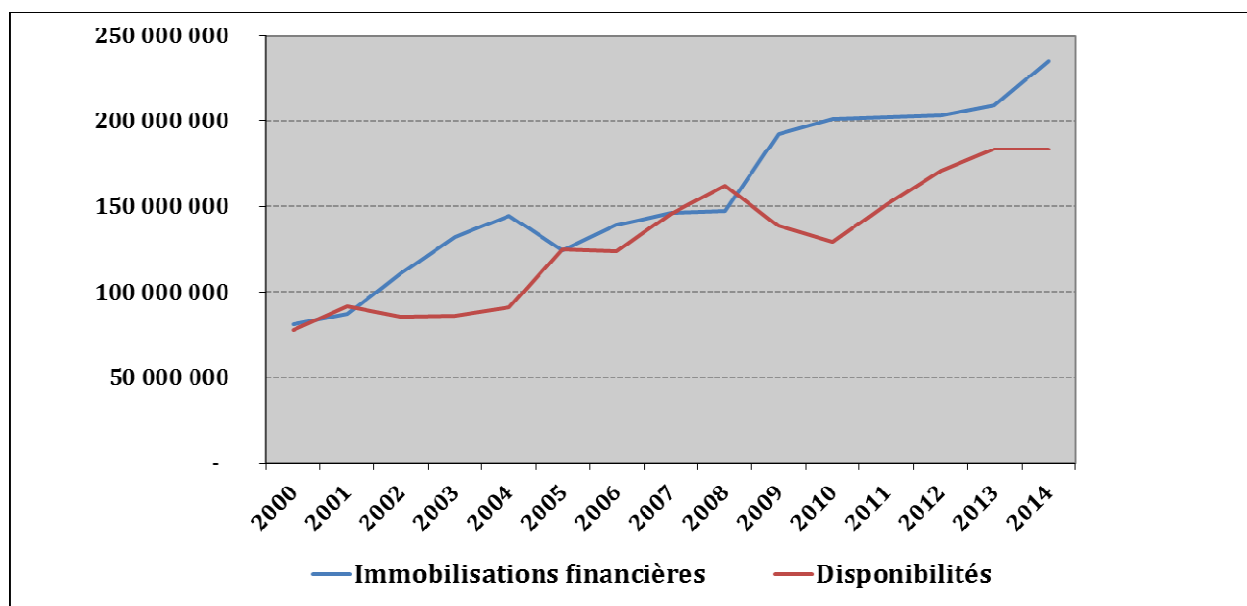
L'article R. 766-59 du Code de la sécurité sociale fait obligation à la Caisse de placer en valeurs d'État, en valeurs garanties par l'État ou en valeurs mobilisables dans des conditions fixées par le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget les disponibilités excédant ses besoins de trésorerie.

Les immobilisations financières de la CFE sont composées, à fin 2014, d'obligations souveraines (75 % du portefeuille financier de la caisse) ainsi que, en contradiction avec l'article du code de la sécurité sociale précité, d'obligations d'entreprises (pour 58 M€, soit 25% des immobilisations financières de la caisse). Les disponibilités de la caisse sont déposées sur une dizaine de comptes courants (Caisse des dépôts, Banque postale, BRED, Banque Transatlantique, Citibank etc.)<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> L'analyse plus détaillée du portefeuille financier de la CFE est disponible en annexe VI.

Graphique 9 : Évolution des immobilisations financières et des disponibilités de la Caisse des Français de l'étranger depuis 2000



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Ce sont au total près de 400 M€ (220 M€ d'immobilisations financières et plus de 180 M€ de disponibilités) qui sont gérées, en plus de ses missions classiques, par l'agent comptable.

Sur la période 2004-2014, la répartition des placements de la caisse entre immobilisations de long terme (55 % des réserves financières de la caisse en moyenne) et disponibilités (45 % des réserves financières) est demeurée constante. Le volume des disponibilités de la caisse a presque doublé (+99 %) tandis que le montant d'immobilisations financières a augmenté de +57 % sur la même période.

Près des deux tiers (62 % en 2014) des disponibilités de la CFE sont utilisées à l'appui de mouvements de trésorerie intervenant au motif du versement à la CNAV des cotisations de l'assurance volontaire vieillesse recouvrées par la CFE (versements trimestriels, reliquat de l'ordre de 100 M€ au moment de la clôture des comptes).

#### 1.5.4 La Caisse présente un ratio de solvabilité appréciable

En tant que caisse de sécurité sociale, la Caisse des Français de l'étranger n'est soumise ni au Code des assurances ni au Code des mutuelles qui imposent des normes prudentielles en matière de solvabilité. Dans l'état actuel de la réglementation, la Caisse n'est par exemple pas soumise à la directive Solvabilité II à partir de 2016.

Le taux de couverture de la marge de solvabilité par les capitaux propres est établi par le calcul suivant : **Fonds propres hors provisions techniques / Marge de solvabilité**

Si le taux de couverture de la marge de solvabilité devait être calculé dans le cadre de la CFE, il reviendrait à faire le rapport suivant : **(Réserve spéciale + report à nouveau excédentaire) / Marge de solvabilité**

Le code des assurances prévoit que la marge de solvabilité soit le **maximum** des deux formules suivantes :

- 18 % du montant des cotisations jusqu'à 10 M€ puis 16 % au-delà ;

- 26 % du montant des sinistres jusqu'à 7 M€ et 23 % au-delà.

En 2013, la moyenne des sinistres sur trois ans (charges techniques consolidées) représentait près de 139 M€, ce qui donne une marge de solvabilité d'environ 32 M€. Par ailleurs, le niveau des fonds propres hors provisions techniques atteignait près de 104 M€ en 2013 (réserve spéciale + report à nouveau excédentaire).

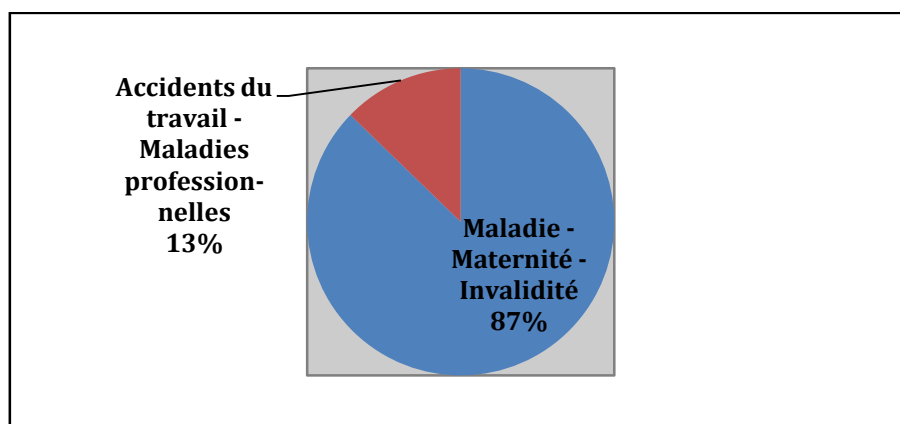
Dès lors, le taux de couverture de la marge de solvabilité de la CFE s'établit pour 2013 à 322 % en légère amélioration par rapport à l'exercice précédent (310 % en 2012), sachant que le cabinet d'actuariat auquel la CFE a eu recours en 2007 préconisait un ratio minimum de 200 % pour l'assurance non-vie.

Si ce taux de couverture traduit une situation financière de la caisse a priori confortable, il convient de rappeler que des assurances non-vie comme le groupe MGEN présentent un taux de couverture de la marge de solvabilité de 476 % pour 2013.

## **2 DES DESEQUILIBRES DANS LA STRUCTURE DE SON ACTIVITE ET DANS LA DEMOGRAPHIE DE SES ADHERENTS POURRAIENT TOUTEFOIS MENACER CET EQUILIBRE**

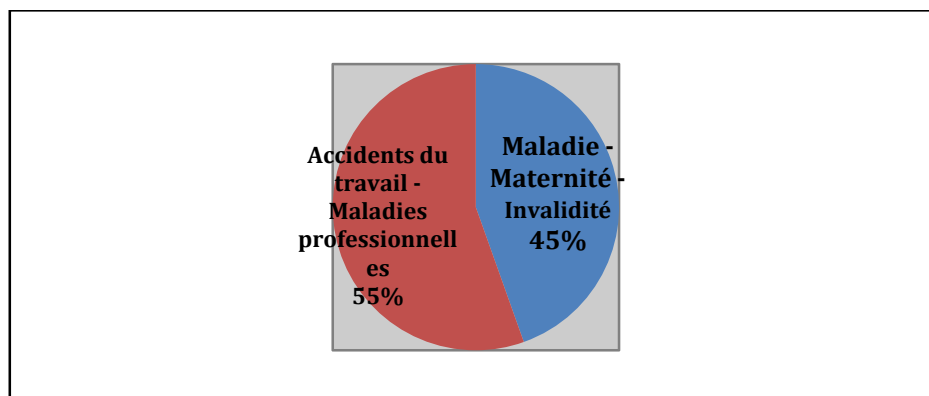
### **2.1 Les excédents de la branche accidents du travail – maladies professionnelles, qui participent largement à l'équilibre de la Caisse, se sont réduits de plus d'un tiers en deux ans**

Graphique 10 : Répartition des cotisations entre la branche Maladie – Maternité – Infirmité et Accidents du Travail – Maladies Professionnelles en 2013



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Graphique 11 : Répartition du résultat net de la Caisse entre la branche Maladie – Maternité – Infirmité et la branche Accidents du Travail – Maladies Professionnelles



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

En 2013, sur près de 169 M€ de cotisations encaissées au bénéfice des assurances volontaires proposées par la Caisse (hors vieillesse), les cotisations au titre de la branche Maladie – Maternité – Invalidité ont représenté près de 87 % du total, soit 147 M€. La branche Accidents du Travail – Maladies Professionnelles représente, elle, 22 M€ de cotisations soit 13% du total.

Pourtant, la branche Accidents du travail – Maladies Professionnelles représente plus de la moitié (55%) du résultat net, qui atteint un peu plus de 20 M€ en 2013.

Tableau 3 : Évolution, entre 2011 et 2014, des prestations pour les trois risques couverts par la CFE

Prestations (en €)	2011	2012	2013	2014
Maladie – Maternité – Invalidité – Décès	126 343 420	129 546 440	132 852 049	138 638 980
Accidents du Travail – Maladies Professionnelles	6 267 755	6 625 884	6 241 038	6 607 394
Total des prestations hors vieillesse (hors budget ASS)	133 298 550	137 734 289	141 814 894	148 177 755
Évolution des prestations hors vieillesse (hors budget ASS) (en %)	-0,3	3,3	2,0	4,4
Vieillesse (montant net reversé à la CNAV) <sup>22</sup> (en €)	256 815 859	271 679 052	285 220 549	296 223 714

<sup>22</sup> Le montant net de cotisations perçues (296 millions d'euros pour le total de l'année 2014) est reversé trimestriellement à la CNAV. Il correspond au montant brut des cotisations (299 millions d'euros en 2013) duquel est déduite la participation de la CNAV aux frais de gestion de la CFE (2,3 millions d'euros en 2014) et à son budget d'action sanitaire et sociale à hauteur de 0,9 million d'euros.



<b>TOTAL des décaissements liés aux prestations (en €)</b>	390 114 409	409 413 341	425 750 745	434 862 694
<b>Évolution du total (en %)</b>		5	4	2

Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Tableau 4 : Évolution, entre 2011 et 2014, des cotisations pour les trois risques couverts par la CFE

Cotisations (en €)	2011	2012	2013	2014
Maladie, Maternité, Invalidité, Décès	128 451 225	136.034 161	144 159 460	152 982 072
Accidents du Travail – Maladies Professionnelles	18 645 616	19.573 505	20 859 247	21 186 432
Vieillesse <sup>23</sup>	259 414 016	274.421 398	288 367 519	296 223 714
<b>TOTAL Encaissements bruts</b>	<b>411 095 795</b>	<b>440.171 885</b>	<b>454 459 151</b>	<b>470 392 218</b>
Évolution (en %)		7	3,2	3,5

Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Les excédents dégagés par la CFE sur l'assurance AT MP, s'ils demeurent conséquents, se réduisent en proportion des cotisations perçues. Ainsi, si l'écart technique consolidé représentait en 2012 66,7% du montant des cotisations perçues, il n'en représente en 2014 que 43,9%.

Tableau 5 : Évolution de l'écart technique consolidé du risque accident du travail – maladie professionnelle (2011-2014), en M€

en M€	2011	2012	2013	2014
Total des cotisations ATMP (en M€)	18,574	19,428	21,468	23,411
Résultat comptable net ATMP (en M€)	6,305	2,209	11,919	9,255
Variation engagements comptables à long terme ATMP (en M€)	5,872	10,755	0,861	1,028
Ecart technique brut consolidé ATMP (en M€)	12,177	12,964	12,780	10,283
Ecart technique consolidé / Total des cotisations ATMP (en %)	65,5	66,7	59,5	43,9

Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

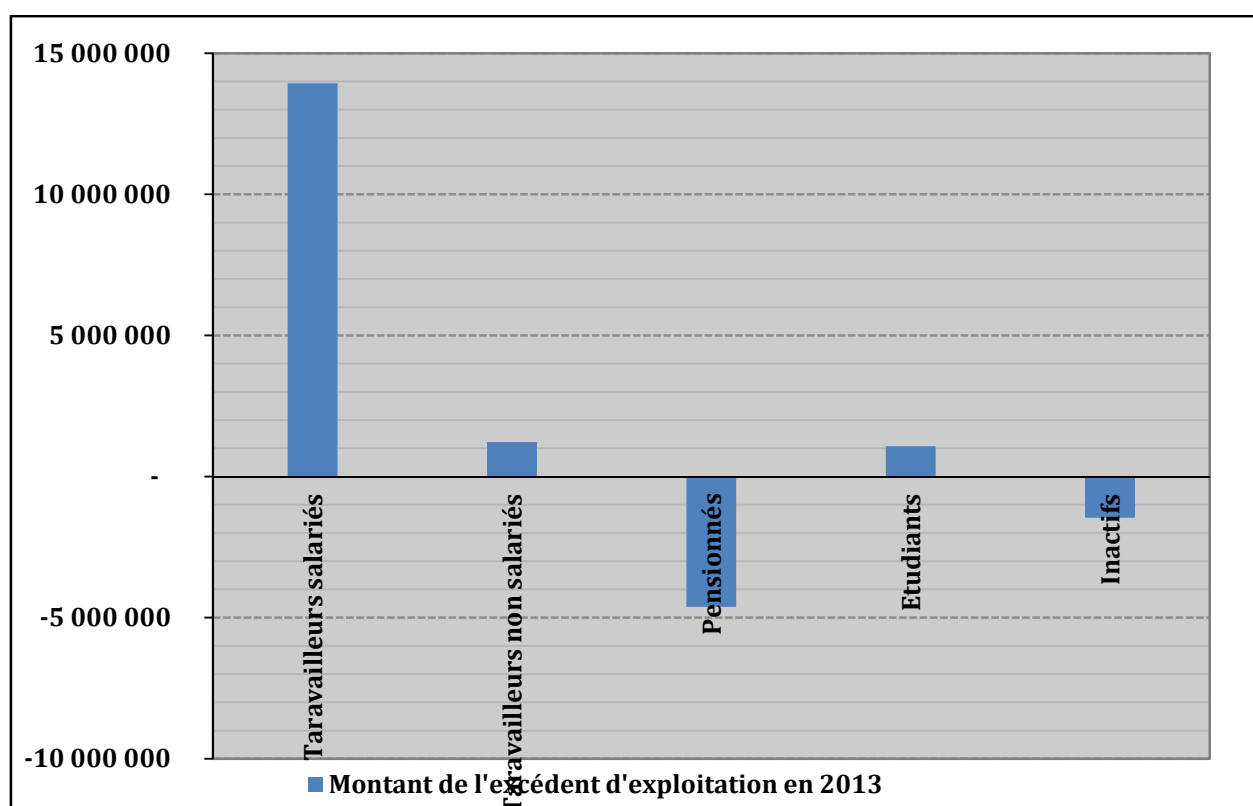
<sup>23</sup> C'est de ce montant brut de cotisations qu'est déduite la participation de la CNAV aux frais de gestion de la CFE (2,2 millions d'euros en 2013) et à son budget d'action sanitaire et sociale à hauteur de 865.000 euros avant d'être reversé à la CNAV.

## 2.2 A démographie inchangée, l'équilibre de l'assurance maladie sera dégradé à terme par le vieillissement de la population et le poids croissant des pensionnés

### 2.2.1 La part des adhérents de plus de 60 ans progresse plus vite que les autres catégories d'âge

Une analyse détaillée de l'écart technique consolidé de l'assurance maladie-maternité-invalidité permet de constater que l'essentiel du résultat d'exploitation provient des travailleurs salariés, qui participent par ailleurs à l'équilibre général de la Caisse par les excédents du risque accidents-du travail et maladies professionnelles.

Graphique 12 : Analyse de la répartition de l'écart technique consolidé de l'assurance maladie-maternité-invalidité-décès pour 2013



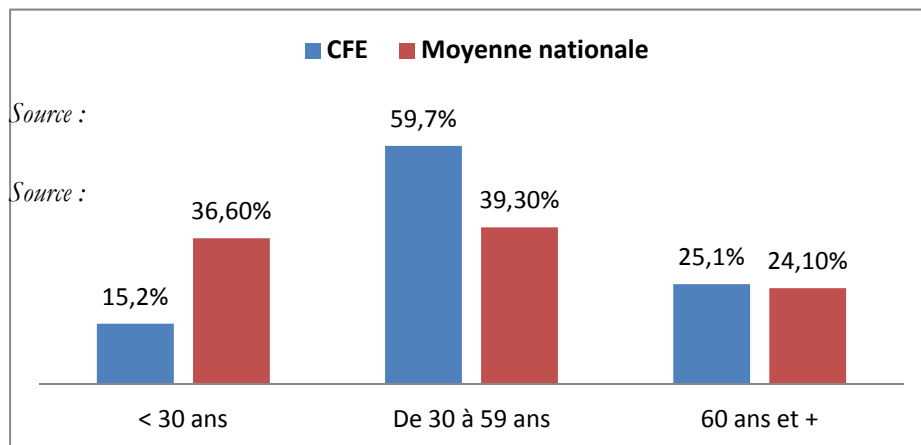
Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Les adhérents travailleurs salariés génèrent un écart technique consolidé excédentaire de près de 15 M€. Au contraire, les adhérents inactifs, mais surtout les pensionnés, perçoivent dans leur ensemble plus de prestations qu'ils ne versent de cotisations. Le déficit associé à la catégorie des pensionnés atteint -5 Me au risque maladie, compensé par les adhésions des travailleurs salariés.

Plus que la problématique d'une surreprésentation du public plus âgé dans les adhérents actuellement couverts par la Caisse (les plus de 60 ans représentent en 2014 25% des adhérents de la CFE, contre une part dans la population française totale assez proche, de 24,1%), la Caisse est surtout confrontée à la faiblesse du nombre de jeunes adhérents. En 2014, les adhérents de moins de trente ans ne représentent ainsi que 15% des adhérents couverts par l'assurance maladie de la CFE, sachant que la part de cette catégorie d'âge s'élève en moyenne nationale à 36,6% en 2014.

Le public de la Caisse apparaît donc encore trop concentré sur le public des 30 à 59 ans, ce qui s'explique par le fait que les adhérents de la CFE soient essentiellement composés des salariés affiliés par les entreprises mandataires, mais ce qui laisse peser un risque important quant à la pérennité de cet équilibre à long terme.

Graphique 13 : Comparaison des adhérents de la CFE par catégorie d'âge avec la moyenne nationale



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger et données statistiques INSEE sur la pyramide des âges en 2014

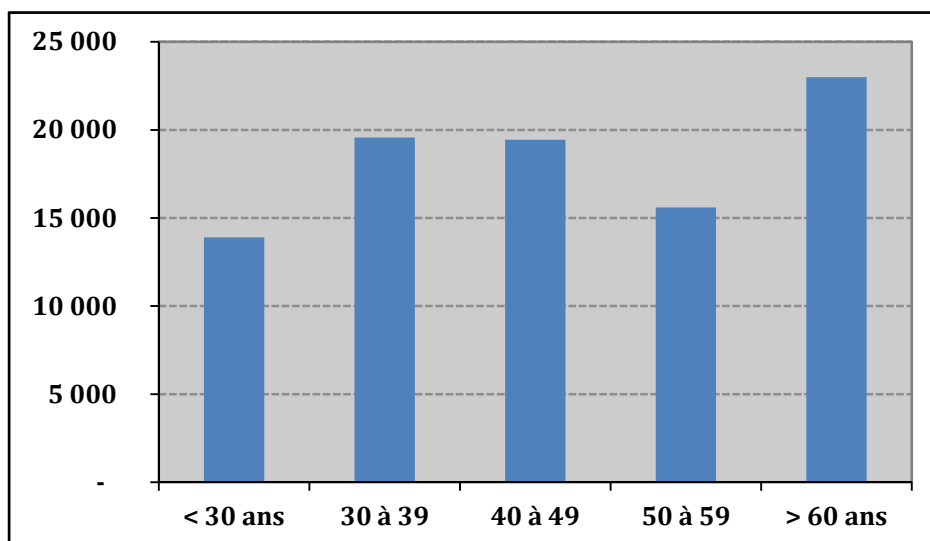
Tableau 6 : Évolution de l'écart technique consolidé du risque accident du travail – maladie professionnelle (2011-2014), en M€

Age		< 30 ans	De 30 à 59 ans	60 ans et +
2007	CFE	15%	62 %	23%
	Moyenne nationale	37,6 %	41,1 %	21,3 %
2014	CFE	15,2 %	59,7 %	25,1%
	Moyenne nationale	36,6 %	39,3 %	24,1 %

Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger et données statistiques INSEE sur la pyramide des âges en 2014

Entre 2007 et 2014 toutefois, la part des plus de 60 ans a augmenté à la CFE moins vite (+2,1 points) qu'à l'échelle nationale (+2,8 points) tandis que la part des moins de trente ans est restée stable auprès de la CFE quand elle continuait de se dégrader. Les mesures mises en place par la Caisse (partenariats commerciaux avec la LMDE, offre Visa-Vacances-Travail, limitation des hausses de cotisations) ont semble-t-il permis une moindre dégradation de la situation.

Graphique 14 : Répartition des adhérents par catégorie d'âge pour le risque maladie-maternité-invalidité-décès au 31 décembre 2014



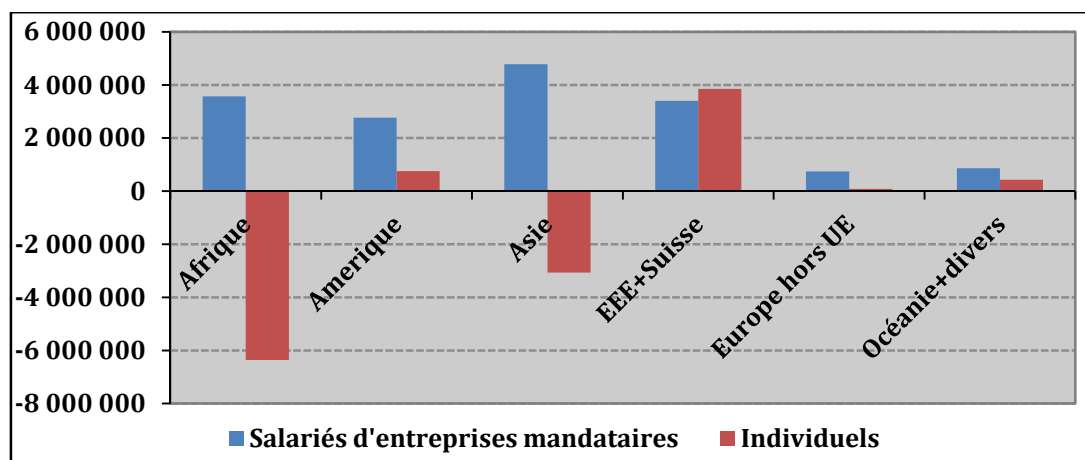
Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Les efforts mis en place par la Caisse afin d'attirer un public plus jeune (partenariats commerciaux avec la LMDE, offre Visa-Vacances-Travail, limitation des hausses de cotisations...) n'ont pour l'instant pas permis d'inverser cette tendance.

### 2.2.2 La concentration de ces adhérents en Afrique et en Asie explique le déséquilibre de ces zones

Une analyse détaillée de la répartition géographique du résultat d'exploitation permet de comprendre la dynamique géographique de l'équilibre financier du risque maladie-maternité-invalidité.

Graphique 15 : Analyse de la répartition géographique du de l'écart technique consolidé de l'assurance maladie-maternité-invalidité-décès en 2013

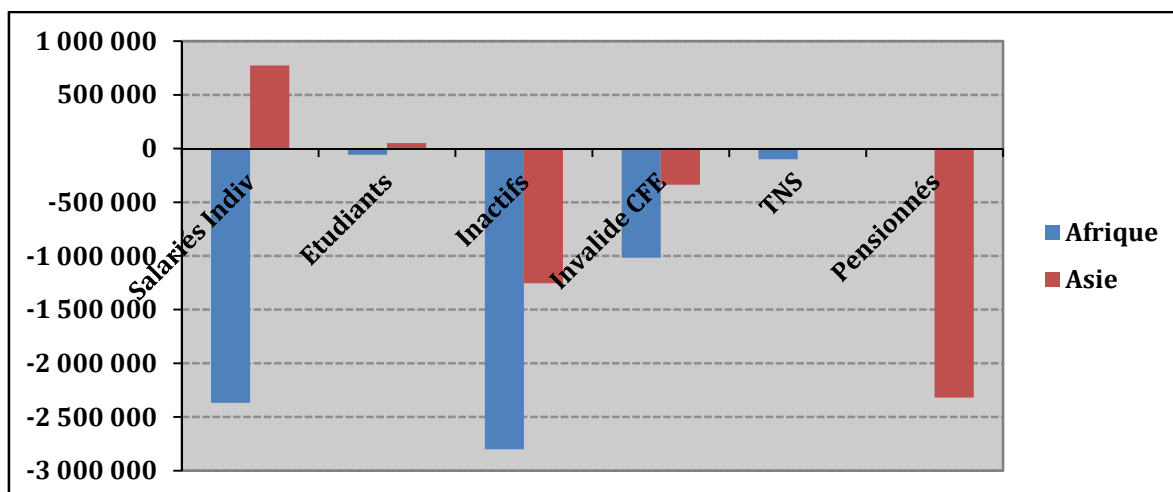


Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Malgré un excédent de près de 4 M€ de cotisations concernant les salariés d'entreprises mandataires, la charge des adhérents individuels alourdit les comptes de la zone Afrique (pour près de 6 M€).

Cette situation se retrouve de façon comparable en Asie, bien que l'importance de l'excédent généré par les salariés d'entreprises mandataires (près de 5 M€) permette de compenser les dépenses liées aux adhérents individuels (près de 3 M€).

Graphique 16 : Analyse de l'écart technique consolidé négatif pour 2013 en Afrique et Asie



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Concernant l'Afrique, aucune catégorie d'adhérent ne présente d'excédent technique. En particulier, les régimes des inactifs (- 2,8 M€), des salariés individuels (- 2,3 M€) et des invalides (-1 M€) sont déficitaires. Le régime des pensionnés, des étudiants et des travailleurs non-salariés apparaissent – eux – proches de l'équilibre.

Concernant l'Asie, seul le régime des salariés individuels est excédentaire, pour près de 700 000€ En revanche, le régime des pensionnés (- 2,5 M€) et dans une certaine mesure des inactifs (-1 M€) empêche la région d'être à l'équilibre. Enfin, de manière moindre, le régime des invalides n'est pas tout à fait équilibré, à l'inverse de celui des étudiants.

### 2.2.3 La segmentation en trois catégories d'adhérents est susceptible de favoriser la fraude et aboutit à la concentration géographique des mauvais risques

Ces résultats s'expliquent en grande partie par les types de cotisations qui sont appliqués.

Tableau 7 : Répartition des adhérents par type de catégorie d'adhésion (2013)

	Catégorie 1	Catégorie 2	Catégorie 3	Catégorie 3 aidée
Proportion d'adhérents	54 % (38.613 adhérents)	12 % (8.514 adhérents)	31 % (21.824 adhérents)	4 % (2.580 adhérents)

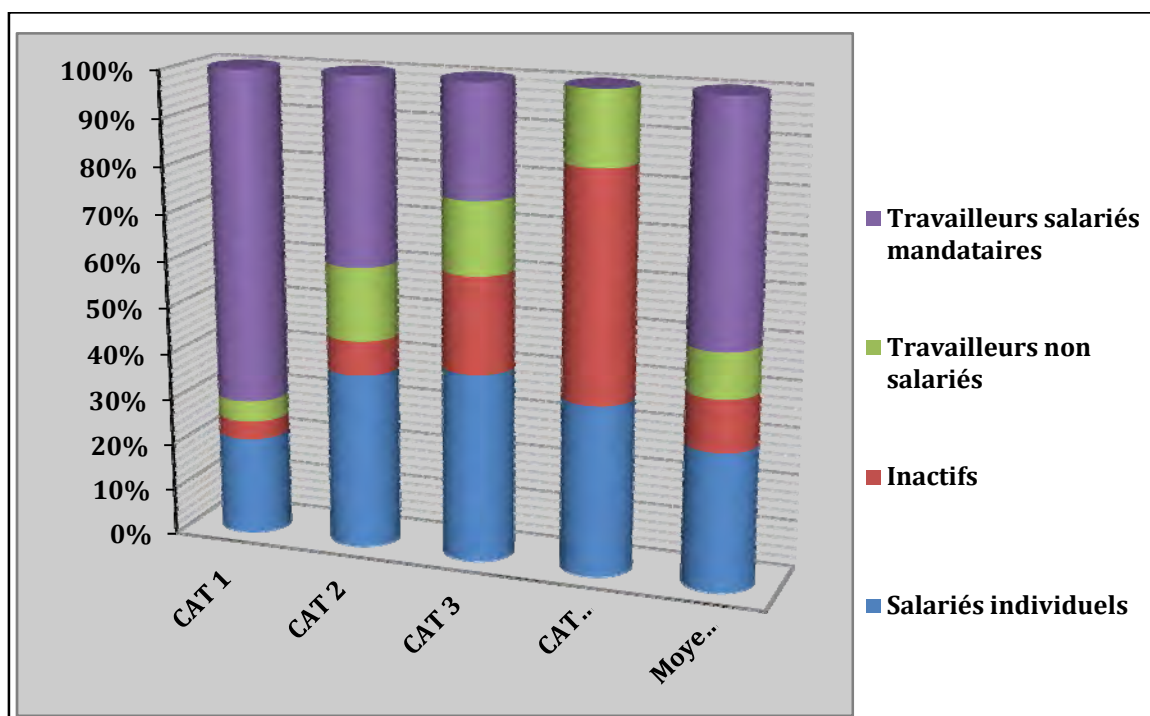
Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Pour rappel, les adhérents de la catégorie 2 ne payent que les deux tiers du tarif d'adhésion de la catégorie 1, tandis que les adhérents de la catégorie 3 ne payent qu'un tiers de l'adhésion en catégorie 1. Enfin les adhérents en catégorie 3 aidée bénéficient d'une aide financée par l'Etat et la CFE, en contrepartie de quoi les patrimoines des adhérents et leurs sources de revenu font l'objet d'un contrôle.

On notera tout d'abord l'importance des adhésions en catégorie 3, ce qui laisse supposer une fraude de la part de certains adhérents du fait du caractère déclaratif du système. La mise en place d'un système de contrôle interne plus efficace en parallèle de la certification des comptes à partir de 2011 (cf. infra) a permis de remporter des succès, avec par exemple un peu plus d'1 M€ récupérés en 2013 dans ce cadre.

Par ailleurs, une étude de la composition par type d'adhérent des différentes catégories d'adhésion permet de constater une surreprésentation des adhésions en catégorie 1 chez les travailleurs salariés mandataires et une sous-représentation en catégorie 2 et 3. A l'inverse, les inactifs sont surreprésentés dans les catégories 2 et 3 tandis que les travailleurs non-salariés et les salariés individuels ont tendance à être sous-représentés en catégorie 1. Enfin, il est à noter qu'aucun salarié d'entreprise mandataire n'apparaît en catégorie 3 aidée puisque ce dispositif ne leur est pas ouvert.

Graphique 17 : Répartition des types d'adhérents par catégorie d'adhésion



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

Dès lors, l'on comprend que les régimes des inactifs, des pensionnés et des salariés individuels soient déficitaires en Afrique et en Asie.

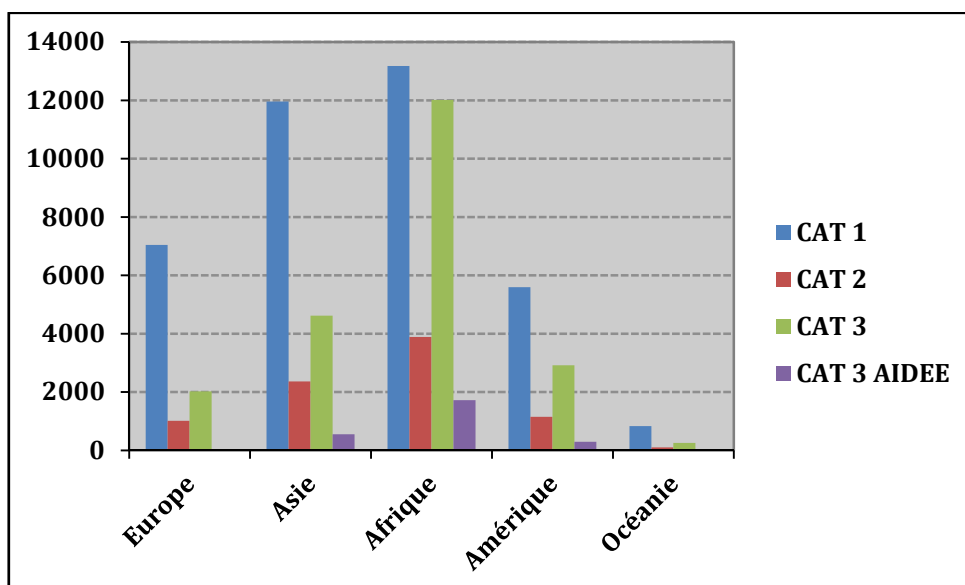
D'ailleurs, on retrouve dans ces deux zones des contingents importants d'adhérents en catégories 2 et 3.

En effet, l'Afrique compte presque autant d'adhérents en catégorie 3 qu'en catégorie 1 (autour de 12 000 adhérents). On retrouve par ailleurs dans cette zone des effectifs importants en catégorie 2 et surtout la grande majorité des catégories 3 aidées.

Le constat concernant l'Asie est plus mitigé. Si l'on retrouve un nombre plus important d'adhérents en catégorie 2 et 3 qu'en Amérique ou en Europe, on ne retrouve pas là le même écart qu'en Afrique (autour de 4 000 adhérents en catégorie 3 en Asie contre 12 000 en Afrique). Par ailleurs, l'importance des effectifs en première catégorie permet d'expliquer que cette zone géographique soit équilibrée.

L'Amérique et l'espace économique européen présentent enfin un profil similaire, à savoir une majorité d'adhérents en catégorie 1 compensée par des effectifs relativement modestes en catégorie 2 et 3.

Graphique 18 : Répartition géographique des adhérents par type de cotisations au 31 décembre 2014



Source : Comptes financiers de la Caisse des Français de l'étranger

### 3 LES MESURES PRISES PAR LA CAISSE POUR PRESERVER SON EQUILIBRE SONT PERTINENTES MAIS POURRAIENT ETRE RENFORCEES

#### 3.1 Les relèvements des taux de cotisations du risque maladie, en 2010 puis en 2013, ont été efficaces et pourraient être de nouveau mobilisés puisque ceux-ci restent encore bien inférieurs au régime général

##### 3.1.1 Le rehaussement de 2010 a ciblé en priorité les catégories à l'équilibre financier négatif

En 2010, le choix a été fait de limiter la hausse des taux aux catégories dont le régime était et reste structurellement déficitaire et dont la croissance des effectifs était la plus risquée, à savoir le risque maladie pour les travailleurs indépendants, les pensionnés et les inactifs.

Un document interne de la CFE indique ainsi que ces trois régimes étaient déficitaires à hauteur de 9,5 M€cumulés en 2007 et de 11 M€pour 2008 (dont – 4,5 M€pour les pensionnés).

Ce déséquilibre s'expliquait en premier lieu par une consommation moyenne très supérieure à celle des salariés (près de 1 800 €par an en moyenne entre 2006 et 2007 pour un inactif contre un peu plus de 1 350 €pour un salarié) alors même que leur montant de cotisations correspondait à celui des étudiants.



Tableau 8 : Consommation moyenne, âge et type d'adhésion des catégories des travailleurs indépendants et des inactifs en 2007

Type d'adhérents	Consommation moyenne (2006-2007, en €)	Progression moyenne annuelle de la consommation sur 5 exercices (en %)	Part d'adhérents en 3 <sup>ème</sup> catégorie (en %)	Quote-part des adhérents de plus de 60 ans (en %)
Travailleurs indépendants	1 863	3,70	48	23
Inactifs	1 788	3,33	73	38
Pensionnés				
Moyenne CFE	696		31	25

Source : Comptes financiers de la CFE.

Tableau 9 : Évolution entre 2002 et 2007 de la part relative des effectifs et des dépenses des 3 régimes d'assurance maladie des non-salariés, inactifs et pensionnés

Années	Quote-part dans le total des dépenses maladie	Quote-part dans le total des effectifs maladie	Ecart
2002	34,60 %	33,80 %	0,80 %
2003	35,60 %	34,40 %	1,20 %
2004	37,80 %	35,10 %	2,80 %
2005	37,80 %	34,90 %	2,90 %
2006	38,00 %	34,20 %	3,80 %
2007	38,40 %	34,00 %	4,40 %
2008	39,60 %	33,80 %	5,80 %

Source : Comptes financiers de la CFE.

Les mesures d'augmentation, modestes, détaillées ci-dessous portent principalement sur les éléments suivants :

- Alignement au taux de 8% des non-salariés et des inactifs, soit une hausse mensuelle limitée de 14€ pour les inactifs et 18€ pour les travailleurs indépendants en troisième catégorie de plus de 35 ans.
- Rehaussement plus conséquent relativement des cotisations des pensionnés mais soutenables en valeur absolue (13€ par mois pour les soumis à précomptes et 22€ pour les adhérents soumis à cotisation minimum).

Tableau 10 : Synthèse des mesures de rehaussement des taux de cotisations intervenues en 2010 sur le risque maladie

Régime	Taux de cotisations avant 2010	Relèvement	Nouveaux taux de cotisations	Rendement base 2008 (en M€)
Travailleurs indépendants	6,75%	1,25 point (+18,5%)	8,00%	1,670
Pensionnés :				
- Soumis à précomptes	3,50% Pensionnés	0,50 point (+14%)	4,00% Pensionnés	2,457
- Soumis à cotisation minimum	3,00% ½ plafond	1,50 point (+50%)	4,50% ½ plafond	
Inactifs	7,00%	1 point (14,3%)	8,00%	1,445
Total				5,572

Source : Comptes financiers de la CFE

### 3.1.2 La hausse générale des taux de cotisations pour 2013 a, quant à elle, permis de compenser les déséquilibres internes de la Caisse

La hausse des taux de cotisations au 1er juillet 2013 a été plus générale puisqu'elle a concerné la quasi-totalité des adhérents à l'exception des étudiants, mais plus modeste dans l'ampleur du relèvement.

Les cotisations pour le risque de maladie-maternité-invalidité-décès ont été augmentées pour tous les adhérents à l'exception des étudiants et des Passeports Vacances-travail, de 0,20 point tandis que les adhérents au risque Accidents du travail – maladies professionnelles ont subi une hausse de 0,15 point, pour un rendement total de près de 8 millions d'euros.

Cette hausse visait plusieurs objectifs :

- poursuivre le rééquilibrage des comptes structurellement déficitaires comme les pensionnés, les inactifs et les travailleurs salariés entrepris en 2010 ;
- combler le besoin de financement des frais de gestion administrative de la CFE ( environ 7 M€).

Tableau 11 : Synthèse des mesures de rehaussement des taux de cotisations intervenues en 2013 pour l'ensemble des risques et l'ensemble des adhérents à l'exception des étudiants et des VVT

Régimes	Relèvements
Assurance Maladie – Maternité – Invalidité - Décès	+ 0,20 point
Assurance Accidents du Travail – Maladies professionnelles	+ 0,15 point
Rendement total attendu	+ 7,8 M€

Source : Comptes financiers de la CFE

Pour l'exercice 2013, ce sont ainsi près de 4 M€ de cotisations supplémentaires à effectifs constants qui ont été encaissés par la Caisse et ont permis de financer les compensations internes à destination du budget de gestion administrative.

Cette hausse a été mesurée puisqu'elle ne représente, en cotisation maladie, que 6€ par mois en plus pour un adhérent de 1ère catégorie et un pensionné précompté, et 3€ pour un adhérent en 3ème catégorie et un assuré pensionné, et de 2€ à 18€ par mois en accidents du travail.

Cette mesure ne s'est enfin pas traduite par un ralentissement notable d'adhérents.

### **3.2 La Caisse a fiabilisé son information financière par une certification des comptes sans réserve depuis 2012 mais doit encore renforcer la fiabilisation de ses processus**

Bien que la Caisse des Français de l'étranger n'apparaisse pas dans la liste établie par le PLFSS de 2005 faisant obligation à certaines caisses de sécurité sociale de faire certifier leurs comptes, la Caisse a pris l'initiative, en 2008, de procéder à cette démarche lui permettant d'améliorer la lisibilité et la fiabilité de sa documentation financière.

Si trois refus de certifier successifs – 2008, 2009, 2010 - ont été opposés par le cabinet Mazars, retenu à l'issue du marché lancé par la Caisse, son accompagnement à partir de 2010 par un cabinet d'experts indépendants (le cabinet Obtaes) ainsi que la mise en place d'un véritable contrôle interne ont permis de voir les comptes de 2011 certifiés avec deux réserves – qui portaient sur la sécurisation du processus de liquidation ainsi que la comptabilisation des prestations médicales.

Les comptes de 2012 et 2013 ont par la suite été certifiés sans réserve, grâce à des améliorations en matière de contrôle interne.

Malgré ces évolutions favorables, des progrès doivent être menés par la Caisse à court terme.

En effet, de l'avis même du commissaire aux comptes rencontré par la mission et de ses propres observations, il ressort que si un palier de performance a été indiscutablement franchi sur la sécurisation et la fiabilisation des comptes, les progrès en matière d'automatisation et de dématérialisation des procédures de liquidation sont encore nécessaires.

### **3.3 Le contrôle interne doit encore être amélioré pour atteindre un nouveau palier de performance dans l'activité de la Caisse**

De manière concomitante à la certification des comptes, la Caisse a mis en place un département de contrôle interne chargé d'établir et de piloter une cartographie des risques qui s'est enrichie des remarques du commissaire aux comptes dès 2008 et du cabinet d'experts à partir de 2011.

Le contrôle interne doit être renforcé. D'une part, le département en charge de cette question reste sous-doté en termes de ressources humaines puisqu'une seule personne y travaille à ce jour. D'autre part, la cartographie des risques établie reste insuffisamment attentive aux caractéristiques spécifiques de la CFE par rapport à une caisse de sécurité sociale plus classique. Les risques commerciaux (perte de grands comptes comme les entreprises mandataires) ou financiers (compte tenu des placements de la Caisse) ne sont pas pris en compte, ce qui peut s'expliquer notamment par la nature des placements financiers (composés à près de 90% par des obligations d'Etat) pour le second risque mais qui pourrait évoluer si le portefeuille de la Caisse devait se diversifier.

### 3.4 La Caisse pourrait diminuer ses charges de gestion courante par un effort d'informatisation dans la liquidation des prestations et par ailleurs une meilleure gestion de ses personnels

#### 3.4.1 Les charges de personnel apparaissent désormais modestes malgré une hausse importante des effectifs en 2013

Tableau 12 : Évolution comparée des charges de personnel et des charges de gestion courante de la Caisse entre 2010 et 2013

	2010	2011	2012	2013
Effectifs (CDI seulement)	151	154	154	174
Charges de personnel (en €)	8 121 135	8 892 278	9 102 195	9 274 517
Évolution des charges de personnel (en %)		9,5	2,3	1,9
Total des charges de gestion courant	13 582 903	14 381 423	14 846 067	15 298 794
Évolution des charges de gestion courante (en %)		5,9	3,2	3,0
Part des dépenses de personnel dans les charges de gestion courante (en %)	60	62	61	61

Les effectifs de la CFE ont augmenté significativement entre 2012 et 2013 (+ 13%), ce qui ne s'est pourtant pas traduit par une croissance équivalente en charges de personnel (+2%). Cela s'explique en réalité par le fait que cette hausse d'effectifs ait consisté en une titularisation de personnels déjà embauchés par la Caisse dans le cadre d'un CDD, ce qui justifie d'ailleurs la croissance élevée des charges de personnel en 2011 (+9.5 %).

Plus généralement, les frais de personnel représentent 60% des charges de gestion courante (9,3 M€ en 2013 sur 15,3 M€) soit moins que le régime général français (la moyenne s'établit à 65,9% en 2011 pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés).

Leur croissance reste limitée (+ 1,9% en 2013 soit moins que les charges de gestion courante à +3%) à l'exception de l'exercice 2011 qui a vu augmenter ces dépenses de 9,5 % du fait d'un recours important à des contrats à durée déterminée.

#### 3.4.2 Les charges de gestion courante sont en revanche élevés en comparaison des autres caisses de sécurité sociale

Tableau 13 : Détail des charges de gestion courante de la CFE

	Montant (en M€)	Part dans le total (en %)
Fournitures	0,260	1,7
Charges externes	3,572	23,3
Impôts, taxes et versements	1,064	7,0
Charges de personnel	9,275	60,6
Autres charges	0,246	1,6
Dotations aux amortissements	0,882	5,8
Total	15,299	100,0

Source : Comptes financiers de la CFE.

Les dépenses de personnel constituent le pôle principal, à 60,6%. On retrouve ensuite les charges externes, qui représentent en 2013 plus de 3 M€, soit 23% du total. Ces charges externes comptabilisent les dépenses d'affranchissements (0,7 M€), de publicité (0,7 M€), de travaux (1,1 M€).

Le rythme de croissance des charges de gestion courante (+3% en 2013 et 3,2% en 2012) est supérieur ces deux dernières années à la fois au rythme de croissance des charges de personnel (+1,9% en 2013, 2,3% en 2012) et à l'évolution des prestations hors vieillesse versées par la CFE (+ 2,0% en 2013 et 3,3% en 2012).

C'est ce qui explique qu'entre 2010 et 2013, les charges de gestion courante de la CFE soient passées de 10,1% des prestations versées à 10,8%, comme le rappelle le tableau ci-dessous.

Tableau 14 : Evolution des charges de gestion courante, des prestations hors vieillesse et des produits financiers entre 2010 et 2013

	2010	2011	2012	2013
Total des charges de gestion courante (en €)	13 582 903	14 381 423	14 846 067	15 298 794
Évolution des charges de gestion courante (en %)		5,9	3,2	3,0
Évolution du montant des prestations versées hors vieillesse (en %)		-0,3	3,3	2,0
Ratio charges de gestion courante / montant des prestations versées (en %)	10,1	10,7	10,7	10,8

Source : Comptes financiers de la CFE.

Ces dépenses de gestion administrative sont élevées, comparées à celles du régime général et d'autres régimes spéciaux, rapportées au montant des prestations versées (10% des prestations versées chaque année pour la CFE ; 3,5 % pour la CNAMTS) mais peu élevées rapportées au nombre d'adhérents gérés (73 €adhérent pour la CFE et 96 €adhérent pour la CNAMTS).

Tableau 15 : Comparaison des coûts de fonctionnement entre caisses d'assurance maladie

	Bénéficiaires (ayants-droits inclus, en milliers)	Charges de gestion courantes (en M€)	Prestations MMI et ATMP (en M€)	Ratio frais de gestion / prestations (en %)	Charges de gestion par bénéficiaire (en €)
CNAMTS	58.291	5.298	150.760	3,5	90,9
SNCF	542	54	1.825	2,9	98,9
RATP	105	20	284	6,9	187,5
CANSSM (mines)	169	69	1.299	5,3	410,2
ENIM (marine)	107	22	321	6,7	202,5
CRPCEN (clercs de notaires)	114	17	325	5,3	152
CFE	204	15	142	10,6	73,5

Source : Rapport IGAS – IGF Les coûts de gestion de l'assurance maladie, Septembre 2013, et comptes financiers de la CFE.

Cette différence de constats s'explique en réalité par une différence forte en matière de prestations versées. Le total des prestations versées par la CFE à chaque bénéficiaire, d'un montant moyen de

696 € en 2013 est près de quatre fois plus faible que le total versé en moyenne par le CNAMTS à chacun de ses bénéficiaires, et ce grâce à une moindre morbidité des assurés de la CFE.

Tableau 16 : Prestations et bénéficiaires de la CFE et d'autres caisses de sécurité sociale en 2013

	Prestations (en M€)	Bénéficiaires (en milliers)	Total moyen des prestations versées par bénéficiaire moyenne (en €)
CNAMTS	150.760	58.291	2.586
SNCF	1.825	542	3.367
RATP	284	105	2.705
CANSSM (mines)	1.299	169	7.686
ENIM (marine)	321	107	3.000
CRPCEN (clercs de notaires)	325	114	2.851
CFE	142	204	696

Source : Rapport IGAS – IGF Les coûts de gestion de l'assurance maladie, Septembre 2013, et comptes financiers de la CFE

### 3.4.3 Les difficultés de financement de la gestion administrative de la Caisse doivent conduire à une informatisation des compétences pour freiner à terme la croissance des dépenses de gestion courante

Tableau 17 : Évolution comparée des charges de gestion courante et des produits financiers de la Caisse entre 2010 et 2013

	2010	2011	2012	2013
Total des charges de gestion courant (en €)	13 582 903	14 381 423	14 846 067	15 298 794
Évolution des charges de gestion courante (en %)		5,9	3,2	3,0
Produits financiers (en €)	7 361 455	7 162 186	7 481 013	7 348 214
Évolution des produits financiers (en %)		- 3	4	- 2

Source : Comptes financiers de la CFE

La croissance des charges de gestion courante est soutenue (+ 5,9% en 2011, 3,2% en 2012 et 3,0% en 2013) quand les revenus financiers évoluent de manière très aléatoire (-3% en 2011, + 4% en 2012 et - 2% en 2013). Les dépenses administratives de la caisse sont couvertes par une partie de l'excédent des gestions techniques (maladie et AT MP).

Des efforts doivent donc être entrepris pour limiter l'évolution de ces charges, et notamment par un effort plus poussé dans l'informatisation des processus encore souvent manuels qui freinent la productivité des personnels et le traitement des liquidations.

En effet, la grande majorité des personnels embauchés en 2011 en CDD et titularisés au cours de l'année 2013 étaient des liquidateurs, du fait de la part comparativement élevée des opérations manuelles. Si la spécificité de l'environnement dans lequel évolue la CFE – grande diversité des feuilles de soins, difficultés à contrôler la réalisation des prestations – ainsi que la taille de la Caisse justifient sans doute des frais de gestion plus élevés que la moyenne des autres caisses, l'informatisation plus aboutie des procédures permettrait de consacrer ces personnels à de nouvelles tâches. Celle-ci est d'ailleurs appelée de leurs vœux par les partenaires et les entreprises mandataires de la CFE que la mission a eu l'occasion de rencontrer. Elle permettrait par exemple de réduire les frais d'affranchissement qui s'élèvent à plus de 700.000 euros en 2013.

## ANNEXE 6 – EXPLORATION DE L’HYPOTHESE D’UNE BANALISATION DE LA CFE EN TANT QU’ORGANISME PRIVE D’ASSURANCE

<b>1</b>	<b>UN FAISCEAU D’INDICES PERMET DE PENSER QUE LA CFE POURRAIT SATISFAIRE AUX EXIGENCES PRUDENTIELLES DE LA DIRECTIVE SOLVABILITE II.....</b>	<b>77</b>
1.1	Présentation des exigences prudentielles fixées par la directive 2009/138/CE « Solvabilité II » .....	77
1.2	La CFE présente des ratios de solvabilité (taux de couverture des engagements techniques, taux de couverture bilancielle de la marge de solvabilité) confortables et comparables aux niveaux du secteur dans le référentiel Solvabilité I .....	77
1.2.1	La CFE respecte aujourd’hui les obligations prudentielles fixées par le code de la sécurité sociale. ....	77
1.2.2	La CFE présente un taux de couverture de la marge de solvabilité de 391 % en 2013, hors plus-values latentes. ....	78
1.2.3	La CFE présente un ratio de couverture des engagements réglementés (121 % en 2013) qui se situe dans la fourchette haute observée dans le secteur. ....	80
1.3	La CFE privilégie une vision comptable prudente de ses provisions mathématiques, qui la conduit à sous-estimer sa solvabilité.....	81
1.4	La CFE présente une structure financière essentiellement composée d’obligations souveraines, qui n’exige pas de simuler un « choc » significatif sur les éléments de l’actif en solvabilité II .....	81
1.4.1	La structure bilancielle de la CFE est comparable à celles des acteurs du marché français. ....	81
1.4.2	Le portefeuille d’actifs financiers de la CFE est contraire aux dispositions du code de la sécurité sociale qui lui sont applicables et la gestion par la CFE de sa politique d’investissement est insuffisamment formalisée .....	82
1.5	Les travaux préparatoires du cabinet d’actuariat mandaté par la CFE concluent à ce que la caisse présenterait en 2014 un ratio de couverture du besoin de solvabilité (SCR) de 251 % dans le référentiel solvabilité II .....	86
1.6	La CFE ne serait pas en mesure de se mettre en conformité avec les dispositions de la directive au 1 <sup>er</sup> janvier 2016.....	88
<b>2</b>	<b>SI LA CFE DEVAIT ENTRER DANS LE CHAMP D’APPLICATION DE LA DIRECTIVE SOLVABILITE II, ELLE SERAIT CONTRAINTE A CHANGER DE STATUT ET A SEPARER LA COUVERTURE DU RISQUE VIEILLESSE DU RESTE DE SON ACTIVITE .....</b>	<b>88</b>
2.1	Si, à l’occasion d’un contentieux, la CFE se voyait appliquer les dispositions de la directive solvabilité II, elle devrait changer de statut et isoler la gestion du risque vieillesse du reste de son activité.....	88
2.1.1	La CFE peut être exclue du champ d’application de la directive en raison de son statut mais pourrait y être soumise à raison de son activité.....	88
2.1.2	La question de la soumission de la CFE aux dispositions de la directive solvabilité II serait tranchée à l’occasion d’un contentieux, dont le risque est vraisemblablement limité au recours d’un concurrent.....	90
2.2	Si elle était soumise aux dispositions de la directive solvabilité II, la CFE devrait changer de statut et isoler l’activité qu’elle exerce pour le compte de la CNAV .....	91
2.2.1	Pour obtenir l’agrément de l’autorité de supervision (ACPR) nécessaire à la poursuite de son activité, la CFE devrait changer de statut (choisir un statut conforme à l’annexe III de la directive), ce qui pourrait questionner la présence de l’État à son conseil d’administration.....	91



2.2.2 La CFE pourrait continuer à proposer des assurances à adhésion facultative pour les risques MMI et AT MP et, par délégation de gestion exclusive pour le compte de la CNAV, l'assurance vieillesse correspondant au régime de base, à l'image d'autres organismes gestionnaires .....	92
<b>3 DAVANTAGE QUE LES EXIGENCES PRUDENTIELLES QUANTITATIVES, L'APPLICATION DES NOMBREUSES DISPOSITIONS DE LA DIRECTIVE SOLVABILITE II SERAIT COUTEUSE ET CONTRAIGNANTE POUR LA CFE .....</b>	<b>95</b>
3.1 La mise en œuvre des piliers II et III de la directive exigerait un investissement ponctuel conséquent de mise en conformité mais surtout une augmentation pérenne des moyens humains et matériels consacrés à la gouvernance financière de la caisse .....	95
3.2 Certaines des « bonnes pratiques » induites par les exigences de la directive (de mesure du risque, de formalisation de la gouvernance etc.) pourraient utilement être acclimatées à la CFE.....	96

# 1 UN FAISCEAU D'INDICES PERMET DE PENSER QUE LA CFE POURRAIT SATISFAIRE AUX EXIGENCES PRUDENTIELLES DE LA DIRECTIVE SOLVABILITE II

## 1.1 Présentation des exigences prudentielles fixées par la directive 2009/138/CE « Solvabilité II »

Les exigences de la directive solvabilité II comportent un volet relatif à la sinistralité (évolution du taux de marge de solvabilité en considérant les provisions techniques) et un volet relatif à la structure financière (niveau de fonds propres permettant de sécuriser le risque de ruine).

Ces exigences prudentielles visent à donner une vision économique des risques auxquels la structure est exposée, plus particulièrement :

- avoir une approche prudentielle pondérée en fonction de la probabilité d'occurrence des risques (couvrir les engagements de prestation avec une probabilité d'occurrence de 75% et disposer d'un niveau de fonds propres permettant de ne pas être en ruine à échéance 12 mois avec une probabilité de 99,5%) ;
- fiabiliser la valorisation de l'actif et du passif financier en généralisant la méthode de valorisation à la valeur de marché (valorisation des plus values latentes à l'actif, évaluation des passifs sur la base de leur valeur de transfert<sup>24</sup>).

**Le calcul des provisions techniques<sup>25</sup>** repose dans le nouveau référentiel sur une appréciation fine des différents facteurs de risque susceptibles d'affecter les décaissements futurs de l'organisme, selon une méthode non plus déterministe mais probabiliste. Le calcul des provisions techniques repose ainsi sur la somme de deux éléments : la meilleure estimation (*best estimate*) et la marge technique (*risk margin*). La meilleure estimation est calculée comme la moyenne des flux de trésorerie futurs liés aux engagements techniques, pondérée par la probabilité d'occurrence des différents facteurs de risque (gravité du sinistre, évolution des prix du sinistre etc.). Ce résultat, qui modélise les engagements techniques, est actualisé de la valeur de l'argent sur la base de la courbe des taux sans risque (taux des obligations souveraines). S'y ajoute la marge de risque, calculée de manière à garantir que la valeur des provisions techniques est égale au montant de la valeur implicite de rachat du contrat.

**L'exigence de capital de solvabilité<sup>26</sup>** (*solvency capital requirement* - SCR), qui doit être au moins couverte par les fonds propres, est calculée de façon à permettre à l'organisme de résister à une série de chocs modélisant les différents facteurs de risque déterminés dans la directive (risque de marché sur les actions ou les taux, risque sur l'activité non vie sur la sinistralité, risque de souscription, risque opérationnel etc.).

## 1.2 La CFE présente des ratios de solvabilité (taux de couverture des engagements techniques, taux de couverture bilancielle de la marge de solvabilité) confortables et comparables aux niveaux du secteur dans le référentiel Solvabilité I

### 1.2.1 La CFE respecte aujourd'hui les obligations prudentielles fixées par le code de la sécurité sociale.

<sup>24</sup> C'est-à-dire le montant pour lequel les passifs –notamment les engagements techniques- pourraient être transférés dans le cadre d'une transaction conclue dans des conditions de concurrence normale entre des parties informées et consentantes.

<sup>25</sup> Articles 76 et 77 de la directive 2009/138/CE.

<sup>26</sup> Article 100 de la directive 2009/138/CE.

L'article L. 766-8-1 du code de la sécurité sociale précise que la CFE constitue d'une part des provisions techniques correspondant aux engagements qu'elle prend au regard de ses adhérents et d'autre part peut constituer une réserve spéciale ou souscrire tous traités de réassurance afin de limiter les conséquences des événements exceptionnels auxquels elle peut être exposée au titre de l'AT MP.

Le choix fait par la CFE de constituer une réserve spéciale plutôt que de recourir à des solutions alternatives telles que la réassurance pour couvrir un risque de sinistralité exceptionnelle semble pertinent. Le cabinet d'actuariat mandaté par la CFE en 2007 soulignait à cette date dans son rapport d'audit sur les réserves financières de la caisse<sup>27</sup> que le recours à la réassurance est une option coûteuse, dont les prix sont volatils et qui exigerait une cartographie fine de l'exposition au risque par pays. Le cabinet d'actuariat en conclut que cette solution ne doit être privilégiée que dans l'hypothèse, qui n'est pas celle de la CFE, où il n'est pas possible d'abonder progressivement par les résultats annuels les fonds propres.

### 1.2.2 La CFE présente un taux de couverture de la marge de solvabilité de 391 % en 2013, hors plus-values latentes.

Dans le référentiel Solvabilité I, l'exigence minimale de marge de solvabilité est déterminée soit par rapport au montant annuel des cotisations, soit par rapport à la charge moyenne des sinistres pour les trois derniers exercices. Cette exigence minimale de marge est égale au plus élevé des résultats obtenus par application des deux méthodes suivantes, conformément aux dispositions du code des assurances (article R334-5)<sup>28</sup>:

- 18 % du montant des cotisations jusqu'à 61,3 M€ et 16 % au-delà ;
- 26 % du montant des sinistres jusqu'à 42,9 M€ et 23 % au-delà.

Bien que la CFE, qui relève du code de la sécurité sociale, ne soit pas soumise à ce calcul, **son taux de couverture de la marge de solvabilité serait de 375 % en 2013 hors prise en compte des plus-values latentes** (458 % en les intégrant), soit un niveau comparable à celui observé dans le secteur (366 % hors plus-values latentes pour les organismes non vie en 2013 selon l'ACPR) (cf. Graphique 1 et Graphique 2), qui reste très largement au-delà des normes recommandées (200 %).

<sup>27</sup> Rapport sur le calcul des provisions techniques, audit des réserves de la CFE au 31 décembre 2007.

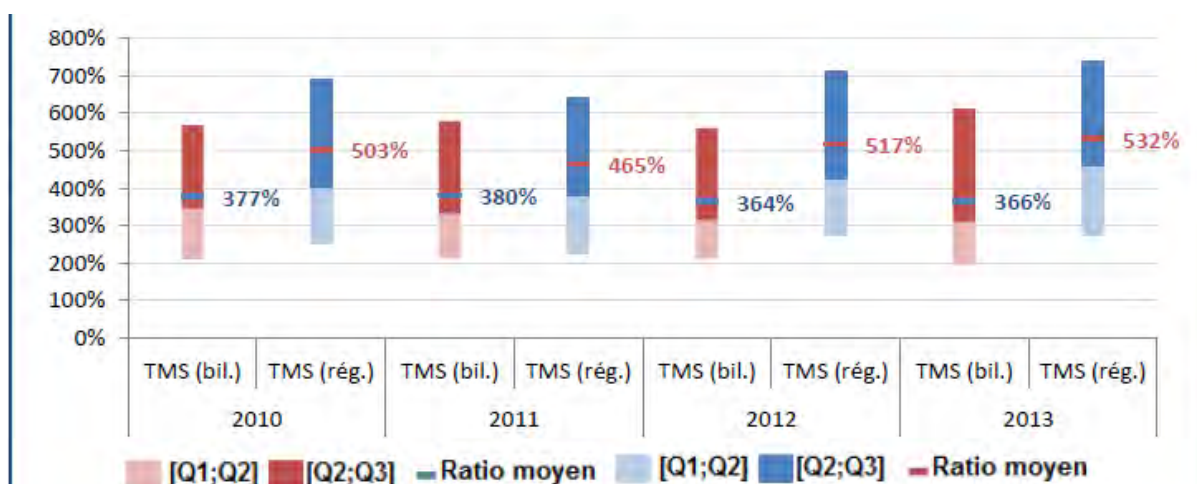
<sup>28</sup> Le code de la mutualité (article R. 212-12) fixe pour les mutuelles une formule de calcul identique ( 18 % du montant des cotisations émises jusqu'à 61,3 M€ et 16 % au-delà ou bien 26 % du montant moyen des sinistres sur les trois derniers exercices jusqu'à 42,9 M€ et 23 % au-delà).

Tableau 1 : Taux de couverture de l'exigence de marge de solvabilité CFE- 2013

Intitulés des postes du bilan	Montants en M€
Fonds propres (réserve spécial, report à nouveau, résultat de l'exercice)	125,25
Exigence de marge de solvabilité	33,44
<i>Charges de gestion technique liquidées en 2013</i>	<i>139,79</i>
<b>Taux de couverture de la marge de solvabilité (en %)</b>	<b>374,55</b>
Fonds propres avec plus-values latentes (PVL)	153,21
<b>Taux de couverture de la marge de solvabilité avec PVL (en %)</b>	<b>458,19</b>

Source : CFE – comptes annuels 2013. Calculs mission.

Graphique 1 : Taux de couverture de l'exigence de marge de solvabilité – organismes non vie - 2013



Source : ACPR – analyses et synthèses. La situation des principaux organismes d'assurance en 2013.

Graphique 2 : Taux de couverture bilancielle de la marge de solvabilité des organismes proposant une complémentaire santé et finançant le fond CMU

	2010 taux moyen	2011 taux moyen	2012 taux moyen	25ème percentile en 2012	Médiane en 2012	75ème percentile en 2012
Sociétés d'assurances mixte	111,9%	122,7%	124,4%	117,7%	149,6%	312,9%
+ plus values latentes	174,0%	118,2%	311,4%	230,2%	333,8%	384,9%
Sociétés d'assurance non-vie	345,5%	349,4%	371,1%	200,5%	406,2%	595,0%
+ plus values latentes	544,9%	453,2%	550,8%	258,9%	517,0%	838,2%
Mutuelles	386,0%	402,3%	400,9%	279,4%	394,0%	633,9%
+ plus values latentes	423,5%	434,8%	467,7%	298,5%	442,0%	684,3%
Institutions de prévoyance	432,8%	469,2%	450,2%	235,1%	352,1%	657,1%
+ plus values latentes	499,9%	472,2%	554,4%	287,4%	427,2%	786,3%

Source : Drees. Rapport sur les complémentaires santé 2013.

### 1.2.3 La CFE présente un ratio de couverture des engagements réglementés (121 % en 2013) qui se situe dans la fourchette haute observée dans le secteur.

Le ratio de couverture des engagements réglementés utilisé dans le référentiel solvabilité I permet de s'assurer que l'organisme dispose d'actifs équivalents aux engagements pris envers les assurés<sup>29</sup>. Outre les provisions techniques, les engagements réglementés incluent les dettes privilégiées, c'est-à-dire l'ensemble des passifs bénéficiant d'un privilège égal ou supérieur à celui des provisions techniques en cas de liquidation, soit les dettes certaines ou probables vis-à-vis de l'Etat et des organismes de sécurité sociale, des personnels et des assurés.

En admettant par convention que les dettes de la caisse envers la CNAVTS correspondant aux cotisations recouvrées par la CFE au titre de l'assurance vieillesse (110,7 M€)<sup>30</sup> sont constitutives de dettes privilégiées, 130,4 M€ de dettes privilégiées peuvent être identifiées au bilan de la CFE. Les actifs admis en couverture des engagements réglementés sont déterminés par les codes des assurances, de la mutualité et de la Sécurité Sociale<sup>31</sup>, qui listent notamment les valeurs mobilières et autres titres admissibles.

La liste comporte cinq catégories principales : obligations, actions, immobilier, prêts et dépôts. Les actifs admis en couverture de la CFE sont essentiellement composés de son portefeuille d'immobilisations financières (209 M€ hors plus-values latentes) ainsi que de ses disponibilités (183 M€). Ont été inclus dans les actifs admis en couverture les actifs immobiliers de la CFE (15 M€), soit les avances et acomptes au titre de l'extension immobilière du siège de la caisse en cours d'achèvement en 2014.

La CFE présente **un taux de couverture des engagements réglementés de 121 % en 2013** (hors plus values latentes, 129 % avec prise en compte des plus values latentes à l'actif), soit un ratio comparable à la fourchette haute observée dans le secteur, hors le cas des mutuelles qui disposent d'importants actifs immobiliers, 110 % pour les sociétés d'assurance non vie, 120 % pour les instituts de prévoyance). Ce ratio est relativement peu élevé en regard des fonds propres disponibles en raison du poids des créances d'exploitation envers la CNAVTS dans le bilan (près de 25 %), qui contraint la capacité de la CFE à investir ses liquidités sur des actifs financiers.

Tableau 2 : Taux de couverture des engagements réglementés – CFE – 2013 (en M€)

	Calcul conforme à Solvabilité I
<i>Actifs admis en couverture (en M€)</i>	408,09
Immobilisation financières	209,07
Plus values latentes	27,97
Disponibilité	183,39
Immobilier	15,63
<i>Engagements réglementés (en M€)</i>	337,28
Provisions techniques	206,86
Dettes privilégiées	130,42
<b>Ratio de couverture des engagements réglementés (en %)</b>	<b>121</b>
<b>Ratio de couverture des engagements réglementés (en %) avec plus values latentes</b>	<b>129</b>

Source : CFE – comptes annuels 2013. Calculs mission.

<sup>29</sup> Les engagements réglementés sont composés, outre des provisions techniques qui en composent l'essentiel, des dettes privilégiées et d'autres passifs (prévoyance en faveur des employés, créances privilégiées), qui ne se retrouvent pas au bilan de la CFE (articles R.331-1 du Code des assurances ; R.212-21 du Code de la mutualité et R.931-10-12 du Code de la sécurité sociale).

<sup>30</sup> Le reliquat de dettes privilégiées identifié ressortit aux dettes de la CFE vis-à-vis de ses cotisants (17,48 M€) et aux dettes fiscales et sociale (rémunération et charges à payer pour le personnel essentiellement, 2,24 M€).

<sup>31</sup> Articles R.332-1 du Code des assurances, R.212-28 du Code de la mutualité et R.931-10-19 du Code de la sécurité sociale.

Graphique 3 : Taux de couverture des engagements règlementés des organismes proposant une complémentaire santé et finançant le fond CMU

	2010 taux moyen	2011 taux moyen	2012 taux moyen	25ème percentile en 2012	Médiane en 2012	75ème percentile en 2012
Sociétés d'assurance mixte	103,8%	103,8%	103,5%	102,8%	106,7%	117,3%
Sociétés d'assurance non-vie	108,8%	108,7%	110,0%	102,9%	110,9%	126,3%
Mutuelles	161,2%	224,5%	193,0%	186,6%	319,3%	559,3%
Institutions de prévoyance	131,0%	127,4%	120,3%	108,2%	117,8%	123,1%

Source : Drees. Rapport sur les complémentaires santé. 2013.

### 1.3 La CFE privilégie une vision comptable prudente de ses provisions mathématiques, qui la conduit à sous-estimer sa solvabilité

Le taux de marge de solvabilité calculé par la CFE est sans doute sous-évalué dans une approche très prudente de la valorisation de ses passifs et de ses actifs.

L'utilisation d'un taux d'actualisation à 0,00 % pour le calcul des provisions mathématiques, au motif que les produits financiers dégagés par la CFE financent sa gestion administrative, ne correspond pas à la pratique classique du secteur des assurances<sup>32</sup> et revient à sur-évaluer le niveau des provisions constatées.

Les travaux d'actuariat conduits par le commissaire aux comptes dans le cadre de la certification 2013 le conduisent à chiffrer l'excédent de provision lié à l'utilisation d'un taux à 0,0 % à **31 M€** (par rapport à l'utilisation du taux d'actualisation réglementaire de 1,5 %).

### 1.4 La CFE présente une structure financière essentiellement composée d'obligations souveraines, qui n'exige pas de simuler un « choc » significatif sur les éléments de l'actif en solvabilité II

#### 1.4.1 La structure bilancielle de la CFE est comparable à celles des acteurs du marché français.

Les obligations (souveraines ou privées) composent l'essentiel des actifs de la CFE (44 %) à l'instar du reste du marché (55 %). Le bilan de la CFE se distingue de celui du secteur, à l'actif, en raison du poids des disponibilités de trésorerie liées notamment au recouvrement de cotisations pour le compte de la CNAV (183 M€, soit 39 %) ainsi que par la faible diversification des supports, 28 % de l'actif des acteurs du marché français étant constitués d'instruments financiers dans lesquels le code de la sécurité sociale ne permet pas à la CFE d'investir (OPCVM, dérivés, actions et participations).

Au passif, la CFE se caractérise d'une part par un niveau de fonds propres relativement plus élevé que la moyenne du secteur (26,8 % contre 10,8 %), en raison notamment du poids de la réserve spéciale (18,6 %) et d'autre part par un niveau élevé de dettes d'exploitation (28,9 %, contre 3,4 %) matérialisant les cotisations dues à la CNAV en fin d'exercice.

<sup>32</sup> Le taux d'actualisation des provisions mathématiques sur les risques non vie est fixé à 75 % du taux moyen d'État (TME), lui-même établi comme la moyenne arithmétique des taux des emprunts français sur les 24 derniers mois. Article A 331-22 du code des assurances pour les risques invalidité et incapacité.

Tableau 3 : Vision comparée du bilan prudentiel de la CFE et du marché français (en % du pied de colonne)

Actif	CFE	Marché français agrégé	Passif	CFE	Marché français agrégé
Imm. Incorporelles	0,95	0,00	Capital social	0,00	1,70
Obligations privées	5,28	30,20	Prime d'émission	0,00	1,00
Obligations souveraines	38,56	24,30	Report à nouveau + résultat de l'exercice	8,17	2,10
Produits structurés	0,00	1,60	Autres réserves - Réserve spéciale	18,63	2,10
Immobilier	3,35	3,10	Réserve de réconciliation	0,00	2,30
Actions	0,00	6,00	Profits futurs liés aux primes futures	0,00	0,40
participations	0,00	4,00	Dettes subordonnées et assimilées	0,00	0,90
OPCVM	0,00	7,00	Autres fonds propres	0,00	0,30
Dérivés	0,00	0,30	<b>Fonds propres</b>	<b>26,80</b>	<b>10,80</b>
Autres investissements	0,91	0,80	Provisions techniques non vie	44,27	5,40
Unités de comptes	0,00	11,10	provision technique santé	0,00	2,60
Prêts	0,00	1,20	Provision technique vie	0,00	62,80
Réassurance	0,00	3,80	Provision technique unité de compte	0,00	10,60
Dépôts espèces	0,00	1,40	Dettes de réassurance	0,00	2,00
Créances diverses	11,70	2,40	Dettes diverses	28,93	3,40
Trésorerie	39,25	1,50	Impôts différés passifs	0,00	1,40
Impôts différés actifs	0,00	0,20	Autres passifs	0,00	1,10
Autres actifs	0,02	1,00	<b>Passifs hors fonds propres</b>	<b>73,20</b>	<b>89,20</b>
<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>TOTAL</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Source : ACPR « Analyses et synthèses : solvabilité II : principaux enseignements de la cinquième étude quantitative d'impact », mars 2011. CFE : comptes de l'exercice 2013.

#### 1.4.2 Le portefeuille d'actifs financiers de la CFE est contraire aux dispositions du code de la sécurité sociale qui lui sont applicables et la gestion par la CFE de sa politique d'investissement est insuffisamment formalisée

L'article R 766-59 du code de la sécurité sociale limite les instruments financiers sur lesquels la CFE peut placer ses disponibilités aux valeurs d'Etat et aux valeurs garanties par l'Etat, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé du budget n'étant jamais intervenus pour préciser les autres valeurs mobilisables par la caisse.

Le portefeuille financier de la CFE est majoritairement composé d'obligations souveraines (86 % des immobilisations financières en 2013, 74 % en 2014) et, plus marginalement, d'obligations d'entreprises (12 % en 2013, 26 % en 2014). Cette diversification récente de son portefeuille d'actifs conduit la CFE à méconnaître la disposition précitée du code de la sécurité sociale d'une part et d'autre part, les obligations d'entreprises acquises par la CFE pouvant être celles des



entreprises clientes de la caisse, à constituer une symétrie des risques à l'actif (immobilisations financières) et au passif (engagements techniques).

**En 2014, la CFE a significativement modifié son portefeuille d'immobilisations financières en augmentant la part des obligations d'entreprises (58 M€ en 2014, contre 25 M€ en 2013), qui représentent désormais plus d'un quart (26 % en 2014, contre 12% en 2013) de son portefeuille financier.**

Par ailleurs, le niveau élevé de disponibilités (183 M€) s'explique par le montant des cotisations recouvrées pour le compte de la CNAV (110 M€), inscrites au passif du bilan et reversées à la CNAV sur une base trimestrielle. La CFE pourrait envisager de placer le reliquat de trésorerie, au-delà du besoin de liquidités lié au risque vieillesse, soit 73 M€, sur des instruments mieux rémunérés.

Les produits financiers de la CFE s'élèvent à 7,35M€ en 2013, pour un portefeuille d'immobilisations financières de 209 M€, soit un rendement moyen du portefeuille de la caisse de 3,54 %.

Les conditions actuelles d'investissement de la CFE sont effectivement plus restrictives que celles d'autres organismes de sécurité sociale. Ainsi, les catégories d'actifs autorisés par l'article R623-2 du code de la sécurité sociale (applicable aux caisses de complémentaire vieillesse des professionnels) sont plus divers que dans le cadre de la CFE (OPCVM, parts des fonds communs de placement et organismes de titrisation, titres de créances négociables, actions et titres de sociétés d'investissement).

Toutefois, la nature des risques couverts par la CFE, qui sont essentiellement des risques de long terme au titre notamment de l'AT MP et l'invalidité, peuvent justifier que le portefeuille d'actifs de la caisse soit essentiellement constitué d'instruments obligataires. Le cabinet d'actuariat mandaté par la CFE en 2007 pour auditer sa méthodologie de sécurisation de ses engagements techniques soulignait à cette occasion qu'à l'exception des provisions pour sinistres à payer (qui représentent 42,9 M€ en 2013), qui peuvent relever de disponibilités sur compte courant, le reste des provisions peut reposer sur des instruments obligataires.

Surtout, permettre à la CFE de diversifier ses instruments financiers sur des actifs plus risqués exigerait en outre un renforcement très significatif de sa gouvernance financière.

Or, les conclusions du rapport de l'IGAS (juin 2013) relatif au contrôle des placements des caisses de complémentaire retraite obligatoires (AGIRC ARRCO)<sup>33</sup> interrogent indirectement l'opportunité d'élargir les règles prudentielles applicables à la CFE afin de lui permettre de diversifier son portefeuille d'actifs. En effet, concernant les caisses de retraite complémentaire obligatoire, la mission :

- relève que la réglementation est mal adaptée et laisse une marge d'appréciation dangereuse sur la plan prudentiel ;
- constate des irrégularités dans la composition des portefeuilles : certains comportant des produits risqués que les caisses ne sont pas autorisées à détenir ;
- conclut à ce que les modalités de gestion ne sont pas à la mesure de la complexité des instruments gérés.

Or, la CFE ne dispose à l'heure actuelle ni d'une stratégie d'investissement financier formalisée ni de politique de gestion des risques associés. Les décisions d'investissement qui ont été prises par la caisse, notamment dans les obligations d'entreprise, et en contradiction avec les dispositions réglementaires, relèvent de l'initiative de l'agent comptable de la CFE. Elles n'ont fait l'objet

---

<sup>33</sup> Rapport IGAS juin 2013 – contrôle des placements des caisses de complémentaire retraites obligatoires (agirc arcco) (<http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-021Psynthese.pdf>).

d'aucune information écrite spécifique aux parties intéressées, que ce soit à la commission financière, au conseil d'administration ou aux tutelles, qui sont amenées à valider les mouvements réalisés en approuvant la clôture des comptes.

Compte tenu de ses éléments, **la mission ne recommande pas de diversifier la gamme des instruments financiers sur lesquels la CFE serait autorisée à placer ses disponibilités au-delà des supports qu'elle mobilise aujourd'hui (obligations souveraines et obligations d'entreprises).**

La mission recommande à ce titre de :

**Recommandation n°1 : Formaliser la politique d'investissement financier de la CFE, la faire valider par le conseil d'administration et organiser une information régulière de ses membres ainsi que de la tutelle sur la composition de son portefeuille d'actifs. Renforcer la maîtrise des risques spécifiquement associés aux placements financiers en renforçant les procédures de contrôle interne : évaluation du risque de taux, du risque de marché, contrôle de la symétrie des risques à l'actif (placements obligataires d'entreprises) et au passif (engagements techniques liés aux entreprises mandataires). Publier l'arrêté prévu à l'article R 766-59 du code de la sécurité sociale en élargissant aux obligations d'entreprises les instruments financiers sur lesquels la CFE peut placer ses disponibilités et en précisant les règles d'investissement sur ces instruments.**

L'arrêté prévu à l'article R 766-59 du code de la sécurité sociale précité pourrait intervenir pour régulariser sa situation actuelle et préciser les règles d'investissement sur ces instruments : les obligations d'entreprise ne devront pas excéder un plafond fixé en % du portefeuille financier ; les obligations d'un même émetteur ne devront pas excéder un plafond à définir ; ne seront pas admissibles les obligations dont la notation serait inférieure à une valeur à définir. Ces règles devraient faire l'objet d'un examen périodique pour s'assurer qu'elles sont toujours adaptées à l'activité, la surface financière et l'expertise de la caisse.

Tableau 4 : Composition du portefeuille financier de la CFE -2013, en M€

Désignation des valeurs	Valeur nominale	Valeur liquidative au 31/12/2013	Plus values latentes	Intérêts annuels 2013	Rendement du portefeuille (en %)
Contrat patrimoine – CNP	63,178	63,85	0,672	1,412	2,23
Agence France Trésor	106,628	121,737	15,109	4,702	4,41
Caisse des dépôts	10,35	11,497	1,147	0,337	3,26
Total Obligations souveraines	180,156	197,084	16,928	6,451	3,58
Obligations Corporate (CIC Banque Transatlantique)	24,673	35,713	11,04	0,806	3,27
<b>Total valeurs de long terme</b>	<b>204,829</b>	<b>232,797</b>	<b>27,968</b>	<b>7,257</b>	<b>3,54</b>
Autres immobilisations financières	5,031				
Amortissements	0,794				
<b>Total immobilisations financières</b>	<b>209,066</b>				

Désignation des valeurs	Valeur nominale	Valeur liquidative au 31/12/2013	Plus values latentes	Intérêts annuels 2013	Rendement du portefeuille (en %)
Total disponibilités	183,389		0		

Source : CFE comptes 2013. Calculs mission.

Tableau 5 : Produits financiers et immobilisations financières de la CFE – exercice 2013 – en M€

Produits financiers	Montants en M€
Produits des immobilisations financières	7,327
Autres produits financiers	0,020
Gains de change	0,0005
Total des produits financiers	7,348
Total des immobilisations financières	209,067

Source : CFE comptes 2013. Calculs mission.

Tableau 6 : Évolution de la composition de l'actif financier de la CFE -2010-2014 (en M€)

	2010		2011		2012		2013		2014		Evolution 2010-2014 (%)
	VN	PP	VN	PP	VN	PP	VN	PP	VN	PP	
Contrat patrimoine – CNP	55,96	28	53,46	27	66,01	33	63,2	31	58,75	26	5
Agence France Trésor	111,62	57	131,62	66	113,58	57	106,6	52	106,63	47	-4
Caisse des dépôts	29,67	15	13,32	7	11,17	6	10,4	5	4,69	2	-84
<b>Total Obligations souveraines</b>	<b>197,26</b>	<b>100</b>	<b>198,40</b>	<b>100</b>	<b>190,77</b>	<b>95</b>	<b>180,2</b>	<b>88</b>	<b>170,07</b>	<b>74</b>	<b>-14</b>
<b>Obligations d'entreprises (CIC Banque Transatlantique)</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>0,00</b>	<b>0</b>	<b>9,21</b>	<b>5</b>	<b>24,7</b>	<b>12</b>	<b>58,39</b>	<b>26</b>	<b>534*</b>
Total valeurs de long terme	197,26	100	198,40	100	199,98	100	204,8	100	228,46	100	16
Total disponibilités	129,08	65	150,97	76	170,85	85	183,4	90	181,03	79	40
Obligations souveraines – écart N-1	Sans objet	Sans objet	1,15	1	-7,64	-4	-10,6	-5	-10,08	-4	
Obligations d'entreprises – écart N-1	Sans objet	Sans objet	0,00	0	9,21	5	15,5	8	33,72	15	

Source : CFE. Comptes annuels. Calculs : mission. \* Progression depuis 2012. VN : valeur nominale de l'actif financier. PP : part dans le portefeuille (%)

### 1.5 Les travaux préparatoires<sup>34</sup> du cabinet d'actuariat mandaté par la CFE concluent à ce que la caisse présenterait en 2014 un ratio de couverture du besoin de solvabilité (SCR) de 251 % dans le référentiel solvabilité II

Dans le référentiel solvabilité II, les exigences de capital, soit SCR (solvency capital requirement ou capital de solvabilité requis) représentent le montant de fonds propres à détenir pour limiter le risque de probabilité de ruine à un an à 0,5 %. Le SCR peut être calculé selon une formule standard qui vise à calculer la perte subie en cas d'événements défavorables liés à une trentaine de facteurs de risque introduisant, pour tenir compte de la faible probabilité d'occurrence simultanée, des corrélations entre les différents risques.

Sur la base des modules de risques identifiés dans la formule standard<sup>35</sup> et des retraitements des postes du bilan permettant de déterminer le niveau de fonds propres<sup>36</sup> dans le référentiel solvabilité II, le cabinet d'actuariat mandaté par la CFE notamment pour procéder à un audit de sa solvabilité dans le référentiel de la nouvelle directive conclut dans son rapport préalable à ce que **la CFE présenterait en 2014 un ratio de couverture du SCR par les fonds propres de 251 %**.

Deux éléments concourent notamment à ce que l'exigence de capital requis ne soit pas significativement plus élevée dans le nouveau référentiel (+114 % par rapport à un calcul réalisé selon les normes solvabilité I) :

- à l'actif, la nature des instruments financiers détenus par la CFE, qui sont essentiellement des obligations souveraines (74 % en 2014) conventionnellement exclues des « chocs » modélisables sur les éléments de l'actif en solvabilité II, vient minimiser l'impact du risque de marché, qui est le module qui a le plus de poids pour les organismes vie et mixtes dans la série de « chocs » matérialisant les différents risques auxquels l'organisme est exposé<sup>37</sup> ;
- au passif, la hausse anticipée de la courbe des taux de référence servant à l'actualisation des engagements techniques de long terme (qui sont aujourd'hui actualisés à taux nul par la CFE).

**Le ratio prudentiel de la CFE dans le référentiel solvabilité II (251 %) est comparable à la moyenne observée pour les organismes mixtes<sup>38</sup> (233 % en 2013<sup>39</sup>). Il correspond à une augmentation du SCR par rapport au référentiel solvabilité I de +114 % en 2014, cohérente elle aussi avec la progression observée du SCR chez les organismes mixtes (+ 108 % en 2013).**

<sup>34</sup> À la date de rédaction du rapport, soit le 27 juin 2015.

<sup>35</sup> Risques de marché à l'actif et notamment risque de taux, de concentration ; risque de sinistralité sur les assurances santé (pandémie) ; évolutions réglementaires liées aux rentes viagères (décalage de l'âge de départ en retraite).

<sup>36</sup> Intégration des plus-values latentes, retrait des immobilisations incorporelles, calcul d'une marge pour risque ; surplus sur les provisions techniques lié à la hausse anticipée de la courbe des taux d'actualisation.

<sup>37</sup> En raison de l'importance des actifs financiers utilisés en couverture des engagements pris sous forme de rente viagère. ACPR, « Analyses et synthèses –analyse 2014 de préparation à Solvabilité II », février 2015.

<sup>38</sup> Ayant à la fois une activité d'assurance vie et d'assurance non vie.

<sup>39</sup> ACPR, « Analyses et synthèses –analyse 2014 de préparation à Solvabilité II », février 2015.

Tableau 7 : Taux de couverture du SRC par les fonds propres de la CFE dans le référentiel solvabilité II

Postes de bilan	Montants en M€
Fonds propres comptables	144,76
Plus-values latentes	47,04
Neutralisation des immobilisations incorporelles	-6,00
Surplus sur les provisions techniques	15,57
Marge pour risque	-13,46
<b>Fonds propres éligibles</b>	<b>187,91</b>
<b>SCR</b>	<b>74,99</b>
<b>MCR</b>	<b>22,69</b>
<b>Ratio de couverture du SRC (en %)</b>	<b>251</b>
<b>Ratio de couverture du MRC (en %)</b>	<b>828</b>

*Source : Cabinet ACNBC, audit des réserves de la CFE au 31 décembre 2014. Pré rapport du 12 juin 2015.*

*Nota Bene : le MCR (minimum de capital requis) correspond au niveau minimal de fonds propres que l'organisme doit détenir en permanence, sous peine d'une action immédiate pouvant entraîner un transfert du portefeuille. Le ratio de couverture du MCR par les fonds propres de la CFE (828 % en 2014) serait également sécurisé au regard de la moyenne du secteur en 2013 (540 %).*

**Bien que les résultats des tests effectués n'indiquent pas de risque majeur sur sa solvabilité, la CFE pourrait améliorer son ratio de fonds propres, sans intervention de l'Etat, via l'émission de titres subordonnés.**

Dans le référentiel solvabilité II, les éléments de fonds propres sont classés selon leur qualité en trois niveaux (tiers), selon leurs conditions de disponibilité et de subordination. Seuls les éléments répondant aux critères d'éligibilité à un niveau peuvent faire partie des fonds propres au sens prudentiel (c'est-à-dire être admis à la couverture du capital de solvabilité requis notamment).

Parmi les fonds propres de niveau 1<sup>40</sup> peuvent être admis les certificats mutualistes ou paritaires et les titres de créances subordonnés que les organismes d'assurance (mutuelles, instituts de prévoyance) peuvent émettre après autorisation préalable de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)<sup>41</sup>.

Si le statut actuel de la CFE ne lui permet pas de procéder à ce type d'émission, cette option lui serait ouverte si elle devait adopter l'un des trois statuts juridiques prévus à l'annexe III de la directive solvabilité II.

<sup>40</sup> Fixé à l'article 69 du règlement délégué (UE) 2015/35 de la Commission du 10 octobre 2014 complétant la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil sur l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et leur exercice (solvabilité II).

<sup>41</sup> Voir dispositions L.322-26-8 (certificats paritaires) et L.322-2-2 (titres de créance) du code des assurances ; L.931-15-1 et L.931-12 du code de la sécurité sociale et L. 221-19 et L. 114-44 du code de la mutualité.

## 1.6 La CFE ne serait pas en mesure de se mettre en conformité avec les dispositions de la directive au 1<sup>er</sup> janvier 2016

Les dispositions de la directive solvabilité II entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Le processus de mise en conformité aux exigences de la directive Solvabilité II piloté par l'ACPR a été lancé dès octobre 2013, révélant un fort besoin d'anticipation de cette évolution, tant sur le plan des exigences quantitatives que de la gouvernance<sup>42</sup>.

L'étude d'impact réalisée par l'ACPR relative à la préparation à Solvabilité II<sup>43</sup>, qui a couvert 89 % de l'activité non vie du marché français, **révèle que 68 % des organismes répondants (89 % en 2014) affirmaient dès 2013, soit 36 mois avant l'entrée en vigueur de la directive, avoir largement avancé dans leur préparation pour la conformité au Pilier I** (exigences quantitatives).

**Les résultats de l'étude d'impact de 2014 (ACPR, février 2015) révèlent que les répondants se déclarent d'ores et déjà bien avancés sur les travaux relatifs à la gouvernance** : dans 90 % des cas, les responsables de fonctions clefs ont été identifiés, 75 % disposent d'un service dédié aux travaux actuariels, d'un service de gestion des risques et d'un service conformité.

La CFE a mandaté un cabinet d'actuariat, chargé outre l'examen du niveau de ses provisions techniques d'une analyse sur le risque de solvabilité dans le référentiel solvabilité II, dans le courant du mois de mai 2015. Ce manque d'anticipation, ainsi que le faible degré de formalisation de la gouvernance financière de la CFE au regard des exigences de la directive (*cf.* 3.) rendent peu crédible que la CFE soit en mesure de se mettre en conformité avec le référentiel solvabilité II au moment de son entrée en vigueur.

## 2 SI LA CFE DEVAIT ENTRER DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE LA DIRECTIVE SOLVABILITE II, ELLE SERAIT CONTRAINTE A CHANGER DE STATUT ET A SEPARER LA COUVERTURE DU RISQUE VIEILLESSE DU RESTE DE SON ACTIVITE

### 2.1 Si, à l'occasion d'un contentieux, la CFE se voyait appliquer les dispositions de la directive solvabilité II, elle devrait changer de statut et isoler la gestion du risque vieillesse du reste de son activité

#### 2.1.1 La CFE peut être exclue du champ d'application de la directive en raison de son statut mais pourrait y être soumise à raison de son activité

La CFE est un organisme régi par les dispositions législatives et réglementaires du code de la sécurité sociale. Sous réserves des dispositions particulières figurant au chapitre 6 du titre 6 du livre 7 dudit code, les règles d'organisation et de gestion imposées à la CFE sont celles applicables aux caisses primaires d'assurance maladie du régime général.

La directive n° 2009/138/CE du 25 novembre 2009 dite « Solvabilité II » s'applique (*art.* 2) aux entreprises d'assurance vie et non vie établies sur le territoire d'un État membre pour les activités d'assurance vie et non vie, parmi lesquelles notamment celles des branches accidents (dont AT

<sup>42</sup> ACPR, document de présentation du calendrier de mise en conformité. [https://acpr.banque-france.fr/fileadmin/user\\_upload/acpr/Communication/Conferences/20131212-conference-S2.pdf](https://acpr.banque-france.fr/fileadmin/user_upload/acpr/Communication/Conferences/20131212-conference-S2.pdf)

<sup>43</sup> ACPR, « Analyses et synthèses – analyse 2014 de préparation à Solvabilité II », préc.

MP) et maladie (notamment). Sont exclus de son champ d'application (*art 3.*) les assurances relevant d'un régime légal de sécurité sociale.

**Dans la mesure où la CFE propose une couverture à adhésion facultative, elle ne peut avoir la qualité de régime légal justifiant qu'elle soit placée hors du champ d'application de la directive.**

À propos de l'application de la directive n° 92/49/CEE du 18 juin 1992 qui prévoit la même exception, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a jugé que le critère essentiel pour identifier un régime légal de sécurité sociale était l'affiliation obligatoire, nécessaire pour « *garantir l'application du principe de la solidarité et l'équilibre financier des régimes concernés* »<sup>44</sup>. Dans une autre affaire relative aux mutualités belges dans le domaine de l'assurance maladie complémentaire, la CJUE a validé le raisonnement de la commission européenne<sup>45</sup>, qui estimait que le principe de solidarité ne pouvait être respecté dès lors qu'il était possible de ne pas être couvert par l'assurance en cause. En l'absence d'affiliation obligatoire à l'assurance maladie complémentaire, les mutualités concernées étaient en concurrence avec les assureurs commerciaux, les banques, et les compagnies d'assurances et les dispositions des directives relatives aux activités d'assurance (n° 73/239/CEE et n° 92/49/CEE) leur sont applicables.

L'interprétation de la Cour de cassation<sup>46</sup> et du Conseil d'Etat<sup>47</sup> est identique à celle de la CJUE.

Dans un arrêt relatif au régime complémentaire *facultatif* d'assurance vieillesse des personnes non salariées agricoles, dénommé COREVA<sup>48</sup>, géré par la caisse d'un régime obligatoire (la mutualité sociale agricole), la CJUE a confirmé que les règles de concurrence devaient s'appliquer du fait du caractère facultatif de cette couverture, quand bien même d'autres éléments pouvaient caractériser l'existence d'un principe de solidarité.

Ainsi peut être qualifié d'entreprise au sens du traité européen un organisme à but non lucratif, gérant un régime d'assurance institué par la loi et fonctionnant dans le respect de règles définies par le pouvoir réglementaire notamment en ce qui concerne les conditions d'adhésion, de cotisation et les prestations.

La CJUE écarte également l'argument du gouvernement français selon lequel les éléments de solidarité que ce régime comporte (niveau de prestation ancré sur le régime d'assurance vieillesse de base, absence de sélection des risques, cotisations proportionnelles au revenu et plafonnées, dispense de cotisation pour des raisons liées aux conditions économiques de l'exploitation, administration du régime par des bénévoles élus *etc.*) seraient susceptibles, en l'absence d'adhésion obligatoire, d'ôter à l'activité exercée son caractère économique, et cela quand bien même la poursuite d'une finalité sociale ainsi que les restrictions tenant au statut de l'organisme gestionnaire (par exemple dans la réalisation de ses investissements), serait susceptible de « le rendre moins compétitif que le service comparable fourni par les compagnies d'assurance. La CJUE considère qu'il resterait à examiner dans quelle mesure de telles contraintes pourraient être invoquées, par exemple, pour justifier le droit exclusif de cet organisme de fournir des assurances vieillesse.

<sup>44</sup> CJUE 26 mars 1996, *Garcia et Mutuelle de prévoyance sociale d'Aquitaine*, aff. C-238/94, pt 14, à propos des régimes d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, l'assurance vieillesse des professions artisanales et l'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales.

<sup>45</sup> CJUE 28 octobre 2010, *Commission européenne c/ Royaume de Belgique*, aff. C-41/10, pts 22 à 25 et pt 28.

<sup>46</sup> Cass. Crim. 24 février 2015, n° 14-80050 ; Cass. Civ. 2<sup>ème</sup> 25 avril 2013, n° 12-13234 avec une formulation différente.

<sup>47</sup> CE 13 mars 2013, n° 338645 ; pour d'autres exemples concernant des régimes complémentaires obligatoires exclus du champ d'application des directives des 18 juin 1992 n° 92/49/CEE, précitée note 8, et du 10 novembre 1992 n° 92/96/CEE, précitée note 12, voir CE 28 juin 1995, n° 161202 et CE 17 mars 1997, n° 172205.

<sup>48</sup> CJCE, 16 novembre 1995. - Fédération française des sociétés d'assurance, Société Paternelle-Vie, Union des assurances de Paris-Vie et Caisse d'assurance et de prévoyance mutuelle des agriculteurs contre Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, aff. C244/94.



**La partie de l'activité de la CFE relative au recouvrement, pour le compte de la CNAV, des cotisations volontaires d'assurance vieillesse pourrait être assimilée à un régime légal.**

La CFE ne dispose d'aucune autonomie décisionnaire dans la gestion du risque vieillesse mais se contente de recouvrer auprès de ses adhérents, pour le compte de la CNAV, des cotisations volontaires dont le montant est fixé en référence à celui du régime général, la CNAV reportant aux comptes des adhérents les trimestres cotisés.

Dès lors, à la différence des autres risques pour lesquels la CFE constitue des provisions visant à matérialiser ses engagements techniques (notamment le risque AT MP, qui l'a conduite à constater des provisions mathématiques qui ressortissent d'une pratique assurantielle), le risque vieillesse des affiliés CFE peut être considéré comme étant géré, par la CNAV, dans le cadre d'un régime par répartition.

Dans un arrêt relatif au régime légal Italien d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles<sup>49</sup>, la CJUE souligne que la notion d'entreprise au sens du traité ne lui est pas applicable dès lors que le montant des prestations et celui des cotisations sont soumis au contrôle de l'État et que l'affiliation obligatoire qui le caractérise est indispensable à son équilibre financier ainsi qu'à la mise en oeuvre du principe de solidarité, lequel implique que les prestations versées à l'assuré ne sont pas proportionnelles aux cotisations acquittées par celui-ci.

De plus, si la CJUE a jugé dans l'arrêt Coreva<sup>50</sup> qu'un organisme gérant un régime complémentaire d'assurance vieillesse alimenté par des cotisations volontaires doit être regardé comme une entreprise au sens du traité, quand bien même l'organisation et les modalités de fonctionnement de ce régime sont fixés par décret (n° 90-1051 du 27 novembre 1990), c'est notamment au motif que ce régime était géré par capitalisation, c'est-à-dire dans un schéma dans lequel les droits dépendent des résultats financiers des placements des institutions gestionnaires.

Un raisonnement *a contrario* par rapport à celui développé par la Cour dans l'arrêt Coreva pourrait conduire à exclure du champ d'application de la directive Solvabilité II la gestion par la CFE pour le compte de la CNAV du risque vieillesse.

**Ainsi, la gestion par la CFE des risques maladie et AT MP pourrait difficilement revêtir la qualification de régime légal et à ce titre être exclue du champ d'application de la directive solvabilité II. Dès lors, les règles prudentielles applicables à la CFE, qui figurent dans le code de la sécurité sociale, ne seraient pas conformes aux obligations imposées par la directive.**

**2.1.2 La question de la soumission de la CFE aux dispositions de la directive solvabilité II serait tranchée à l'occasion d'un contentieux, dont le risque est vraisemblablement limité au recours d'un concurrent**

La question de l'application à la CFE des règles prudentielles prévues par la directive solvabilité II serait définitivement tranchée à l'occasion d'un contentieux, qui pourrait conduire la juridiction compétente à adresser une question préjudicielle à la CJUE.

Si, compte tenu de l'ancienneté de la situation actuelle de la CFE, revenant à déroger aux directives régissant le secteur des assurances<sup>51</sup>, on peut légitimement penser que l'hypothèse d'un recours en manquement de la Commission européenne pour défaut de transposition est relativement peu

<sup>49</sup> CJUE, 22 janvier 2002, aff. C218/00, INAI.

<sup>50</sup> CJUE, aff. C244/94 préc.

<sup>51</sup> La CFE a été créé en 1978 sous son statut actuel tandis que la première directive (n°73/239/CEE) portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie date du 24 juillet 1973.

plausible, le risque contentieux pourrait davantage résider dans une action des concurrents français, voire européens, de la caisse au motif du respect du droit de la concurrence.

Au cas d'espèce, et à la différence de la situation de la MSA qui avait conduit la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) à s'engager dans un contentieux<sup>52</sup>, la CFE ne bénéficie pas d'un avantage fiscal exclusif. Toutefois, la gestion du risque vieillesse pour le compte de la CNAV, dont il n'est pas à ce stade démontré qu'elle constitue un droit exclusif susceptible d'être compatible avec les stipulations des traités<sup>53</sup>, voire la seule absence d'un niveau de contrainte équivalent à celui imposé aux organismes respectant la directive solvabilité II du point de vue des fonds propres détenus, pourrait suffire à qualifier une distorsion de concurrence<sup>54</sup>.

Si la CFE a su, en tissant un réseau de partenariats avec un grand nombre d'organismes français opérant dans le secteur des assurances (25 en 2014), se prémunir à ce jour du risque contentieux, il n'est pas garanti que cette situation perdure, au regard notamment de l'intérêt à agir de ses concurrents européens.

## **2.2 Si elle était soumise aux dispositions de la directive solvabilité II, la CFE devrait changer de statut et isoler l'activité qu'elle exerce pour le compte de la CNAV**

### **2.2.1 Pour obtenir l'agrément de l'autorité de supervision (ACPR) nécessaire à la poursuite de son activité, la CFE devrait changer de statut (choisir un statut conforme à l'annexe III de la directive), ce qui pourrait questionner la présence de l'État à son conseil d'administration**

Selon l'annexe III de la directive solvabilité II, les entreprises d'assurance non vie peuvent revêtir la forme de société anonyme, société d'assurance mutuelle, institution de prévoyance régie par le code de la sécurité sociale, institution de prévoyance régie par le code rural et mutuelle régie par le code de la mutualité. De façon strictement formelle, s'il devait intervenir, le changement de statut de la CFE exigerait une modification des dispositions, de nature législative et réglementaire, du code de la sécurité sociale afférentes à la CFE (titre VI du livre septième).

Les sociétés d'assurance<sup>55</sup> sont des sociétés capitalistiques à but lucratif soumises au droit commun des sociétés commerciales. Les sociétés d'assurances mutuelles sont, elles, à but non lucratif et fonctionnent sans capital social. Elles pratiquent toutefois, comme les assurances traditionnelles, la sélection des risques (questionnaire médical). Ces deux formes juridiques semblent, notamment en raison du lien entre le risque individuel de l'adhérent et niveau de cotisation, être les plus éloignées de la forme actuelle de la CFE.

Les instituts de prévoyance sont également des organismes à but non lucratif, dont les résultats ne sont donc pas redistribués aux actionnaires mais réinjectés dans l'amélioration des garanties

<sup>52</sup> Voir le cas d'espèce de l'arrêt « Coreva », CJUE 244/94 préc.

<sup>53</sup> Les droits exclusifs confiés à un organisme ne sont susceptibles d'être autorisés au regard des règles de concurrence que s'ils s'inscrivent dans le cadre d'un service d'intérêt économique général (SIEG) et qu'ils sont indispensables à l'accomplissement en droit ou en fait de ce service, conformément au paragraphe 2 de l'article 106 TFUE. Il incombe à l'État membre qui invoque le bénéfice de ces stipulations d'en démontrer l'existence.

<sup>54</sup> La CJUE a jugé que la « garantie implicite » de l'État attachée au statut d'établissement public peut être qualifiée d'aide d'État (CJUE, 3 avril 2014, France c/ Commission, C-559/12 P). Par ailleurs, dans une réponse à une question parlementaire relative à l'exonération de constitution de garantie financière dont bénéficie l'État exploitant d'installation classée pour la protection de l'environnement (JO Sénat du 26 juin 2014, Sénat, Question écrite n° 11638), le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie relève que l'extension du régime d'exemption pour les ICPE exploitées en régie par les collectivités territoriales créerait une distorsion de concurrence avec les entreprises privées du secteur de l'énergie ou des déchets.

<sup>55</sup> Article L. 322-1 et suivants du code des assurances

proposées. Ils ont comme particularité d'être gérés de façon paritaire, ce qui imposerait une modification profonde de la composition actuelle du conseil d'administration de la CFE (participation à parts égales des représentants des salariés, fin de la participation des représentants des français de l'étranger). En outre, les instituts de prévoyance proposent essentiellement des contrats collectifs (maladie, incapacité invalidité dépendance), établis dans le cadre d'une entreprise ou d'une branche professionnelle, ce qui pourrait remettre en cause la possibilité aujourd'hui offerte aux particuliers de s'affilier à la CFE.

Les mutuelles sont des organismes à but non lucratif opérant notamment dans le secteur de la complémentaire santé<sup>56</sup>. Ne peuvent toutefois être représentés au conseil d'administration des mutuelles que les représentants des adhérents<sup>57</sup>.

**L'évolution du statut juridique de la CFE vers celui de mutuelle ou d'institut de prévoyance questionnerait la représentation de la tutelle (un représentant du ministère des affaires sociales et de la santé et un représentant du ministère des finances et des comptes publics ayant voix délibérative ainsi qu'un représentant du ministère des affaires étrangères et du développement international n'ayant pas voix délibérative) à son conseil d'administration<sup>58</sup>.** En effet, aucun commissaire du gouvernement n'est aujourd'hui représenté au conseil d'administration des mutuelles, dont le conseil est composé d'adhérents (article L.114-16 du code de la mutualité), ou des instituts de prévoyance (article R931-3-2 du code de la sécurité sociale), dont le conseil d'administration est paritaire.

2.2.2 La CFE pourrait continuer à proposer des assurances à adhésion facultative pour les risques MMI et AT MP et, par délégation de gestion exclusive pour le compte de la CNAV, l'assurance vieillesse correspondant au régime de base, à l'image d'autres organismes gestionnaires

- **Plusieurs organismes (mutuelles de la fonction publique, instituts de prévoyance) proposent aujourd'hui un guichet unique qui cumule la gestion de la couverture obligatoire pour le compte du régime général ou de l'Agirc Arrco ainsi qu'une couverture complémentaire à adhésion facultative.**

La CFE est le seul exemple d'organisme proposant, sur la base d'une adhésion facultative, une couverture équivalente à celle du régime de base, avec la spécificité d'agir, pour le risque vieillesse, sur délégation de la CNAV. Sans être parfaitement identique, le cumul d'activité constaté chez certains organismes s'apparente à la situation actuelle de la CFE.

Les mutuelles de la fonction publique sont par exemple restées seules compétentes, au moment de l'élargissement du régime général aux fonctionnaires (1947), pour le service des prestations en nature des assurances obligatoires MMI (article L. 712-6 du code de la sécurité sociale). Les mutuelles servant ces prestations de base peuvent aussi proposer des régimes complémentaires d'assurance maladie, maternité et invalidité et des services divers en respectant le code de la mutualité et le droit français et communautaire de la concurrence.

<sup>56</sup> Articles L111-1 et suivants du code de la mutualité.

<sup>57</sup> Article L114-16 du code de la mutualité.

<sup>58</sup> Dont la composition actuelle (21 membres) comprend, outre les représentants des adhérents : trois administrateurs qui ne sont pas des adhérents (deux représentants des organisations professionnelles représentants les employeurs et un de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) ; deux commissaires du gouvernement (un représentant du ministère des affaires sociales et de la santé et un représentant du ministère des finances et des comptes publics) ; deux administrateurs n'ayant pas voix délibérative (un représentant du ministère des affaires étrangères et du développement international ; un représentant de la CNAV).

Les activités liées au service des prestations des assurances obligatoires, gérées dans la comptabilité des mutuelles en compte de tiers, sont clairement distinguées de leurs activités concurrentielles sur le plan financier. La gestion de la couverture santé obligatoire n'entre ainsi pas dans le calcul des ratios prudentiels que ces organismes doivent respecter, en application des directives solvabilité, sur le reste de leurs activités concurrentielles.

Les organismes gestionnaires de la retraite complémentaire obligatoire (instituts de retraite complémentaire –IRC– affiliés à la fédération Agirc Arrco) se sont progressivement regroupés dans des groupes de protection sociale (Humanis, Malakoff Mederic etc.) dont le champ d'action s'étend à d'autres activités de prévoyance, santé et épargne-retraite, de nature concurrentielle.

Les activités exercées pour le compte de l'Agirc Arrco d'une part et les activités concurrentielles d'autre part demeurent logées, au sein de ces groupes, dans des entités distinctes (IRC pour la retraite complémentaire et institutions de prévoyance pour les complémentaires santé et prévoyance), les groupes étant dominés par une association sommitale.

- **La gestion, pour le compte de la CNAV, du recouvrement des cotisations volontaires vieillesse est isolée du reste de l'activité de la CFE.**

La CFE perçoit, de la part de la CNAV, des frais de gestion au titre de son activité de recouvrement (2,2 M€ en 2013). Cette participation aux frais de gestion pourrait être interprétée, dans une acception très stricte du respect de la concurrence, comme limitant indûment les coûts que la CFE expose pour la gestion administrative de ses activités « concurrentielles » (MMI et AT MP).

Toutefois, la participation des régimes délégataires aux frais de gestion induits auprès de l'organisme auquel est confié la gestion des cotisations et/ou des prestations est une pratique courante, à l'image du système des remises de gestion servant à couvrir les frais de gestion administrative des mutuelles de la fonction publique au titre de l'activité qu'elles exercent pour le compte du régime général<sup>59</sup> (bien que l'intervention des mutuelles, qui versent à leurs affiliés les prestations légales sans en assurer le recouvrement, soit de nature opposée à celle de la CFE, qui recouvre les cotisations sans verser les prestations).

En outre, en application d'une décision du conseil d'administration de la CNAV, en accord avec la CFE, les frais de gestion progressent moins vite que le montant de cotisation recouvrées, induisant un effort de productivité de la part de la caisse. Ainsi, la participation de la CNAV aux frais de gestion de la CFE est en théorie fixée à 1 % du montant des cotisations recouvrées, son augmentation est plafonnée à +5 % / an, de sorte que la contribution aux frais de gestion est en 2013 de 0,78 % du montant des cotisations retraites recouvrées.

- **Le schéma actuel, dans lequel la CFE bénéficie d'un droit exclusif pour la gestion du risque retraite de base, pour le compte de la CNAV, serait cohérent avec l'organisation envisagée pour la gestion de la retraite complémentaire des expatriés (gestion unique par les caisses CRE IRCAFEX).**

Dans chacune de ces organisations, le gestionnaire (mutuelle ou groupe de prévoyance) bénéficie d'une délégation « exclusive » pour la gestion de l'assurance obligatoire.

Le rattachement des fonctionnaires, pour la couverture santé obligatoire, à l'une des mutuelles de la fonction publique est déterminée en fonction de la mutuelle auprès de laquelle la personne a choisi

<sup>59</sup> Articles R 712-1 du code de la sécurité sociale. Un arrêté interministériel du 26 septembre 1991 précise que le montant annuel des remises de gestion est calculé pour une période de neuf ans, avec réexamen conjoint tous les trois ans, par référence au coût moyen de gestion par « assuré actif pondéré » (ayant reçu au moins le paiement d'une prestation dans l'année) constaté dans les cinquante caisses primaires et centres de traitement électronique intercaisses les plus performants, affecté d'un taux de réfaction de 16,5 % « destiné à prendre en compte le différentiel d'activité entre les caisses primaires d'assurance maladie et les mutuelles.

de s'affilier pour sa couverture complémentaire, ou, si la complémentaire n'est pas souscrite auprès d'une mutuelle intervenant dans le champ de la fonction publique, auprès de la mutuelle agréé par son ministère d'affectation.

De même, les IRC compétents pour la gestion de la complémentaire retraite obligatoire sont désignés soit par les conventions collectives propres à certains secteurs professionnels, soit, à défaut, par les fédérations Arrco et Agirc selon des critères géographiques.

**L'assurance retraite (base et complémentaire) pour les expatriés se distingue du régime applicable aux salariés en France en cela qu'elle propose des assurances à adhésion volontaire. Compte tenu des adhérences que ce risque entretient, via la validation des périodes assimilées, avec les assurances santé et AT MP, en confier la gestion à un délégataire unique présente un enjeu du point de vue du respect de la concurrence.** Cet enjeu est toutefois limité compte tenu de l'alignement des taux de cotisation et de prestation avec ceux du régime général.

Les caisses CRE et IRCAFEX, intégrées au groupe Humanis, sont désignées par l'Agirc Arrco comme délégataire unique pour la gestion de la retraite complémentaire volontaire des expatriés individuels. Humanis est entrée en discussion avec l'Agirc Arrco afin que ces caisses soient désignées comme délégataire unique également pour les salariés expatriés d'entreprises mandataires<sup>60</sup>. Cette solution aurait, selon Humanis, l'avantage de :

- respecter l'inclusion de la retraite complémentaire obligatoire dans le champ d'application des règlements européens de coordination<sup>61</sup>, qui aurait pour conséquence d'exiger que les expatriés soient gérés de manière nominative et séparée des salariés travaillant en France (ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, dès lors qu'ils demeurent rattaché, via leur employeur, à la caisse gestionnaire des salariés du groupe résidant en France) ;
- isoler l'activité relevant de la gestion de l'assurance vieillesse complémentaire volontaire (pour les expatriés) de l'activité liée à la couverture complémentaire vieillesse obligatoire ; celle-ci n'étant pas aujourd'hui identifiée dans l'activité des organismes gestionnaires pour le compte de l'Agirc-Arrco ;

**Ce schéma de gestion aurait pour intérêt d'aligner l'organisation retenue pour les expatriés pour le risque vieillesse de base et pour la couverture complémentaire, c'est-à-dire la désignation d'un organisme unique de gestion clairement identifié. Il conforte dès lors l'organisation actuelle confiant à la CFE la gestion exclusive, pour le compte de la CNAV, de la cotisation volontaire vieillesse.**

- **La CNAV n'ayant pas ailleurs pas d'activité de recouvrement (gérée, pour les salariés résidant en France, par l'Urssaf), il lui faudrait identifier, si la CFE ne devait plus être en charge de cette activité, un autre organisme à même de la prendre en charge.**

<sup>60</sup> Aujourd'hui, les entreprises choisissent librement de cotiser, pour leurs salariés expatriés, à la caisse gestionnaire de la complémentaire retraite des autres salariés du groupe, soit auprès des caisses CRE et IRCAFEX.

<sup>61</sup> Circulaire DSS/DAEI n° 99-678 du 8 décembre 1999 relative à l'inclusion des régimes complémentaires de retraite des travailleurs salariés de l'ARRCO et de l'AGIRC dans le champ d'application matériel du règlement (CEE) n° 1408-71 du Conseil relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non salariés et aux membres de leurs familles qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté NOR : MESS9930619C.

### **3 DAVANTAGE QUE LES EXIGENCES PRUDENTIELLES QUANTITATIVES, L'APPLICATION DES NOMBREUSES DISPOSITIONS DE LA DIRECTIVE SOLVABILITE II SERAIT COUTEUSE ET CONTRAIGNANTE POUR LA CFE**

#### **3.1 La mise en œuvre des piliers II et III de la directive exigerait un investissement ponctuel conséquent de mise en conformité mais surtout une augmentation pérenne des moyens humains et matériels consacrés à la gouvernance financière de la caisse**

Le pilier II vise à s'assurer que la gouvernance de l'organisme lui permet de détecter et mesurer les risques auxquels il est exposé et le pilier III à harmoniser la communication faite aux assurés ainsi qu'à l'autorité prudentielle (ACPR).

Le pilier II de la directive « solvabilité II » (articles 40 à 49) prévoit essentiellement :

- la création de quatre fonctions clefs dans le pilotage des risques (une fonction actuarielle, une fonction d'audit interne, une fonction de gestion des risques et une fonction conformité), pour lesquelles les résultats de l'enquête de préparation instruite par l'ACPR révèlent qu'à fin 2013 près de 80 % des organismes répondants s'estimaient prêts à répondre aux exigences de la directive. A la même date, les travaux liés au contrôle interne étaient largement avancés (complétés à plus de 50 %) pour une large majorité des organismes (97 % d'entre eux). Par contraste, ces fonctions ne sont pas structurées à la CFE et un seul ETP est affecté au contrôle interne ;
- une organisation des processus décisionnels selon le principe du « double regard » qui exige que soient désignés deux dirigeants effectifs de l'organisme qui remplissent les conditions de compétence et d'honorabilité. Compte tenu de l'organigramme actuel de la CFE, ces deux dirigeants pourraient être le président et le directeur général ;
- la mise en place d'un processus interne d'évaluation des risques et de la solvabilité (Orsa) qui doit être au moins annuel (cohérence des provisions techniques avec le profil de risque ; respect des exigences réglementaires de capitaux etc.) ;
- la formalisation de la stratégie d'investissement selon le principe de la personne prudente (être capable de suivre et contrôler les risques associés aux placements financiers, gérer l'adéquation de l'actif à la structure de passif) ;
- formaliser par écrit la politique de gestion des risques, de contrôle et d'audit interne de l'organisme. Selon les résultats de l'enquête de préparation de l'APCR, si les travaux relatifs à l'ORSA sont moins avancés (seul un tiers à peine des organismes (29 %) ont amorcé (travaux réalisés à plus de 50 %) une réflexion à ce sujet), la plupart des organismes disposent déjà d'une vision prospective détaillée de leurs risques (entre 46 % et 71 % d'entre eux –selon leur statut- ont formalisé une politique de risque, 60% à 80% ont formalisé une stratégie de moyen-long terme ; plus de 80 % ont une analyse de l'évolution du contexte économique et du marché et 90 % sont dotés d'une cartographie des risques).

Le pilier III de la directive « Solvabilité II » prévoit les conditions d'une transparence dans l'information transmise aux assurés, à l'autorité de contrôle ainsi qu'au grand public sur une base annuelle ou trimestrielle (rapports narratifs et états financiers cf. les supports d'information publiés par l'autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (AEAPP) <sup>62</sup>).

La mise en conformité aux exigences du pilier II et III de la directive « solvabilité II » exigerait, pour la CFE, d'engager des moyens humains et financiers conséquents et cela de façon permanente : montée en charge et régularité de l'utilisation de la fonction actuarielle pour vérifier la conformité au pilier I ; recrutements internes pour étoffer la fonction financière et de maîtrise du

<sup>62</sup> EIOPA, [Final Report on public consultation CP-14-062 on the Advice to the EC in response to the Call for Advice on recovery plan, finance scheme and supervisory powers in deteriorating financial conditions](#).



risque (la gouvernance financière de la CFE ne concernant aujourd'hui à titre spécifique que deux ETP, l'agent comptable et le responsable de l'audit interne et de la fraude) ; investissements dans le système d'information financier (automatisation, fiabilité et traçabilité de l'information financière).

### **3.2 Certaines des « bonnes pratiques » induites par les exigences de la directive (de mesure du risque, de formalisation de la gouvernance etc.) pourraient utilement être acclimatées à la CFE**

La CFE pourrait en tout état de cause s'inspirer de l'esprit des exigences de maîtrise du risque et de transparence posées par la directive pour, en priorité :

- professionnaliser la conception de sa stratégie commerciale et organiser un suivi et une information régulière par le conseil d'administration des aspects économiques de son activité (identification des risques commerciaux, stratégie de conquête de publics cibles, suivi des « grands comptes » etc.) ;
- formaliser la politique d'investissement financier de la CFE, la faire valider par le conseil d'administration et organiser une information régulière de ses membres ainsi que de la tutelle sur la composition de son portefeuille d'actifs ;
- renforcer la maîtrise des risques spécifiquement associés aux placements financiers en renforçant les procédures de contrôle interne (évaluation du risque de taux, du risque de marché, contrôle de la symétrie des risques à l'actif (placements obligataires d'entreprises) et au passif (engagements techniques liés aux entreprises mandataires).

**Recommandation n°2 : Ne pas transformer la CFE en assureur privé soumis aux dispositions de la directive « solvabilité II ». La CFE devrait toutefois s'inspirer des principes de maîtrise du risque et de transparence imposés par la directive pour étoffer sa gouvernance financière.**



## ANNEXE 7 – LES REGIMES DE COUVERTURE SOCIALE RELATIFS A L'EXERCICE D'UNE ACTIVITE A L'ETRANGER PAR UN FRANÇAIS EXPATRIE

<b>1</b>	<b>LE DETACHEMENT PAR UNE ENTREPRISE BASEE EN FRANCE.....</b>	<b>97</b>
1.1	Le détachement communautaire .....	98
1.2	Le détachement conventionnel .....	98
1.3	Le détachement légal.....	98
<b>2.</b>	<b>L'EXPATRIATION PAR UNE ENTREPRISE BASEE EN FRANCE .....</b>	<b>99</b>
<b>3.</b>	<b>LE RECRUTEMENT A L'ETRANGER PAR UN CONTRAT DE DROIT LOCAL.....</b>	<b>99</b>

Consacré à l'article L. 111-2-2 CSS par la loi du 2 août 2005, le principe de territorialité de la sécurité sociale a pour conséquence que l'affiliation aux régimes obligatoires français de sécurité sociale ne s'applique pas aux personnes résidant en dehors du territoire français, sauf exceptions (cf. *infra* le détachement et les conventions bilatérales de sécurité sociale) :

*« Sous réserve des traités et accords internationaux régulièrement ratifiés ou approuvés, sont affiliées à un régime obligatoire de sécurité sociale dans le cadre du présent code, quels que soient leur âge, leur sexe, leur nationalité ou leur lieu de résidence, toutes les personnes exerçant sur le territoire français, à titre temporaire ou permanent, à temps plein ou à temps partiel :*

- *une activité pour le compte d'un ou de plusieurs employeurs, ayant ou non un établissement en France, et quels que soient le montant et la nature de leur rémunération, la forme, la nature ou la validité de leur contrat ;*
- *une activité professionnelle non salariée. »*

Le droit du travail français, en application du principe de territorialité, ne définit pas les principes de l'activité salariée à l'étranger, dont les dénominations peuvent être diverses (mission, transfert, mutation, détachement, expatriation, mise à disposition...), mais il encadre l'exécution du contrat de travail conclu avec une entreprise établie en France.

L'analyse combinée du droit du travail et du droit de la sécurité sociale permet de dégager la typologie suivante des situations de travail de Français travaillant à l'étranger : le détachement par une entreprise basée en France ; l'expatriation par une entreprise basée en France ; le recrutement à l'étranger par un contrat de droit local.

### **1 LE DETACHEMENT PAR UNE ENTREPRISE BASEE EN FRANCE**

La notion de détachement à l'étranger d'un salarié employé par une entreprise basée en France est définie par les règlements européens de coordination de sécurité sociale et par le code français de la sécurité sociale, le code du travail français ne régissant que les situations de détachement de salariés étrangers en France.

Un salarié envoyé temporairement en mission à l'étranger par son employeur peut bénéficier du régime du détachement, sur demande auprès de sa caisse d'affiliation (CPAM ou CGSS) :

- au titre de l'article L. 761-1 CSS, en cas de détachement temporaire, pour une durée limitée à 3 mois ;
- au titre de l'article L. 761-2 CSS (complété par les articles R. 761-1 et R. 761-2 CSS) dans le cadre d'un détachement de plus longue durée (3 ans renouvelable une fois, soit au plus 6 ans). Cette faculté est réservée aux situations où le salarié n'est pas soumis à la législation française de sécurité sociale en vertu de conventions ou règlements internationaux et « à la condition que l'employeur s'engage à s'acquitter de l'intégralité des cotisations dues ».

Le détachement est, dans tous les cas, une faculté dérogatoire et l'expatriation est le régime de droit commun en matière de sécurité sociale applicable au salarié envoyé depuis la France en mission à l'étranger. En particulier, un salarié détaché qui a dépassé la durée autorisée pour le régime du détachement bascule dans le régime de l'expatriation.

Ces principes communs étant rappelés, les règles applicables diffèrent entre les détachements communautaire, conventionnel et légal.

## 1.1 Le détachement communautaire

Aux termes du détachement communautaire, le salarié est envoyé vers l'UE, l'EEE ou la Suisse, dans le cadre d'une même entreprise ou d'un même groupe (détachement dit intragroupe), dans le cadre d'une prestation de service transnationale (avec un client basé à l'étranger) ou pour réaliser une opération pour le compte de l'entreprise détachante, sans qu'il existe de contrat entre celle-ci et un destinataire.

Les règlements de coordination de sécurité sociale CE 883/2004 du 29 avril 2004 et CE 987/2009 du 16 septembre 2009, qui ont succédé au règlement CEE 1408/71 du 14 juin 1971, prévoient le maintien de plein droit de l'assujettissement du salarié détaché à la législation de sécurité sociale du pays d'origine, en l'espèce la France. Ils encadrent le détachement en le limitant à une durée maximale de 12 mois, renouvelable une fois, soit 24 mois au total (article 12 du règlement du 29 avril 2004), sauf accord dérogatoire conclu entre deux Etats membres pour des situations exceptionnelles pour accroître la durée du détachement (au titre de l'article 16 du même règlement). De plus, le salarié détaché ne doit pas l'être pour remplacer un salarié en poste et l'entreprise qui emploie le salarié détaché doit exercer des activités substantielles en France dans le domaine d'activité concerné.

## 1.2 Le détachement conventionnel

Le détachement conventionnel est réalisé vers un Etat hors UE/EEE/Suisse, qui a conclu une convention bilatérale de sécurité sociale avec la France : il est fait application de cette convention. Le principe est l'affiliation du salarié détaché dans le pays où il exerce son activité professionnelle, sauf si la convention prévoit, par dérogation, le maintien de son affiliation au régime français de sécurité sociale. Tout dépend donc des stipulations de la convention (application du régime du détachement ou, à défaut, de celui de l'expatriation).

## 1.3 Le détachement légal

Le détachement légal est réalisé vers un Etat hors UE/EEE/Suisse et qui n'a pas conclu de convention bilatérale de sécurité sociale avec la France. Le salarié détaché depuis la France à l'étranger est alors automatiquement affilié à la sécurité sociale du pays où il exerce. En outre, la législation française de sécurité sociale (article L. 761-2 CSS) autorise le maintien de l'affiliation du salarié au régime français de sécurité sociale pendant une durée de 3 ans, renouvelable une fois,

ce qui conduit dans ce cas à une situation (assez dissuasive) de double affiliation et de double assujettissement.

L'article R. 761-2 CSS contient un délai de carence de 2 ans entre deux périodes de détachement d'un même salarié dans le même pays et pour la même entreprise. Au-delà de 6 ans, le salarié ne peut plus être détaché et devient expatrié au regard de la législation française de sécurité sociale. Cette législation lui accorde la faculté d'assurance volontaire auprès de la CFE. Le salarié expatrié a également la faculté d'adhérer à une assurance privée.

Ainsi, au sein de l'Union européenne et dans les pays tiers qui ont conclu avec la France une convention bilatérale de sécurité sociale, la mise en jeu du principe de l'unicité de la législation applicable a pour effet que le salarié n'est pas assujetti à la législation (obligatoire) de sécurité sociale du pays où il exerce.

## **2. L'EXPATRIATION PAR UNE ENTREPRISE BASEE EN FRANCE**

Un salarié est expatrié lorsqu'il est envoyé à l'étranger par son entreprise basée en France, en dehors du cadre du détachement, soit parce que l'employeur a opté pour le régime de l'expatriation, soit parce que la durée de la mission à l'étranger excède les limites autorisées dans le cadre du détachement. Il n'existe pas de définition positive de l'expatriation en droit du travail français.

Le salarié expatrié est tenu de s'affilier au régime de sécurité sociale du pays où il exerce. La législation française offre aux salariés français expatriés d'être également couverts par les assurances volontaires de la CFE. Le salarié français expatrié a également la faculté d'adhérer à une assurance privée.

## **3. LE RECRUTEMENT A L'ETRANGER PAR UN CONTRAT DE DROIT LOCAL**

La situation la plus simple au regard du droit social au sens large est sans doute celle du recrutement d'un travailleur de nationalité française au moyen d'un contrat de travail de droit local conclu à l'étranger par une entreprise qui y est établie, soit une entreprise étrangère, soit une filiale étrangère d'une entreprise française. Elle est parfois assimilée à l'expatriation présentée *supra* mais elle s'en différencie en ce que le salarié français n'est plus lié par un contrat de travail à un employeur basé en France. Une période de chômage à l'étranger peut parfois précéder le recrutement sous contrat de droit local, lorsque le ressortissant français s'expatrie pour chercher du travail. Dans d'autres cas, le recrutement local avec une entreprise basée à l'étranger fait suite à un accord de transfert comportant la rupture du contrat de travail entre le salarié et l'entreprise d'origine basée en France.

Le salarié français qui est seulement titulaire d'un contrat de travail de droit local est assujetti en tout état de cause au droit du travail et à la législation de sécurité sociale de l'Etat où il réside. Lorsque le pays de résidence a conclu avec la France une convention bilatérale de sécurité sociale, le salarié bénéficie des dispositions de coordination que cette convention prévoit. Il en est de même, au sein de l'Union européenne, par les règlements de coordination de sécurité sociale. En termes de couverture sociale, le salarié français employé à l'étranger par un contrat de droit local est autorisé par la législation française à être affilié aux assurances volontaires de la CFE, soit par l'intermédiaire de son employeur sous le mode mandataire et avec l'accord du salarié, soit à titre d'adhésion individuelle. Il a également la faculté d'adhérer à une assurance privée.



## ANNEXE 8 - RECENSEMENT DES STIPULATIONS DES CONVENTIONS COLLECTIVES RELATIVES AUX GARANTIES SOCIALES DESTINEES AUX SALARIES EXPATRIES

Le classement des conventions collectives nationales (CCN) de travail est inspiré de la nomenclature DARES de regroupement des branches.

Pour chaque CCN, le code d'identifiant de la convention collective (IDCC) est indiqué.

Les effectifs estimés de salariés proviennent des estimations de la DARES au 31 décembre 2012, sauf dans les branches signalées par :

- un astérisque (\*) : l'estimation d'effectif au 31 décembre 2011 est tirée du bilan DGT de la négociation collective en 2013 ;
- deux astérisques (\*\*) : l'estimation d'effectif au 31 décembre 2011 est tirée d'une moyenne 2012 selon la DARES.

ND : estimation de nombre de salariés non disponible.

Obligations de la convention collective nationale (avec références de textes)		
Information sur les garanties sociales de l'expatriation	Existence de garanties sociales pendant l'expatriation	Maintien, pendant l'expatriation, de garanties sociales équivalentes aux régimes obligatoires français
<b>Métallurgie et sidérurgie</b>		
<b>Métallurgie, dont ingénieurs et cadres (650), région parisienne (54)</b>		
1 681 200 salariés, dont ingénieurs et cadres : (419 900) et région parisienne (267 900)		
		<p>Accord national du 26 février 1976 relatif aux conditions de déplacement dans la métallurgie, article 7.2. Dispositions recommandées : « 7.2.3. Equivalences des régimes sociaux. Lorsque les conditions de déplacement sont telles que le salarié ne reste pas couvert pendant la totalité de celui-ci par le régime de sécurité sociale français et par les différents régimes complémentaires de retraite et de prévoyance dont il bénéficiait en France, les dispositions seront prises pour que le salarié continue de bénéficier de garanties équivalentes, notamment au moyen d'une assurance spéciale ou de l'inscription à la caisse des expatriés »</p> <p>Convention collective nationale des ingénieurs et cadres de la métallurgie : article 12 «Garanties sociales. Les ingénieurs et cadres continuent pendant la durée de leur séjour à l'étranger à bénéficier de garanties relatives à la retraite et à la couverture des risques invalidité, décès, accident du travail, maladie, maternité et perte d'emploi, sans qu'il résulte une augmentation du taux global de cotisation à la charge des intéressés. Ces garanties doivent, si nécessaire, compléter les garanties de même nature dont l'ingénieur ou cadre bénéficie en vertu de dispositions obligatoires en vigueur dans le pays d'accueil » ; Annexe II, 1° Affectation dans un établissement hors de la métropole de l'accord du 12 septembre 1983 relatif à l'affectation à l'étranger : « Les modalités de l'affectation dans un établissement hors de la métropole doivent être précisées par écrit avant le départ de l'ingénieur ou cadre, en ce qui concerne (...) les garanties sociales applicables en vertu soit du régime légal du détachement, soit du régime légal de l'expatriation, ainsi que les assurances de personnes et de responsabilité civile »</p>

<b>Bâtiment et travaux publics</b>		
<b>Bâtiment – cadres (2420)</b>		
53 400 salariés		
Chapitre VI.2 Déplacements dans les DOM-TOM et hors de France : « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 6.2.4. Avenant au contrat de travail. Préalablement à la signature de l'avenant [d'expatriation], l'entreprise met à la disposition du cadre pendant un délai suffisant une documentation aussi complète que possible sur la réglementation sociale et fiscale en vigueur dans les pays où l'intéressé est envoyé, compte tenu de la durée prévisible du déplacement, et lui communiquera toutes informations relatives aux conditions générales de travail, de vie et d'environnement, propres aux lieux de travail »	Chapitre VI.2 Déplacements dans les DOM-TOM et hors de France : « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 6.2.4. Avenant au contrat de travail. L'avenant [d'expatriation] doit stipuler (...) couverture retraite (sécurité sociale ou régime équivalent et régimes complémentaires); couverture prévoyance (invalidité, décès, accidents du travail, maladie et accidents, perte d'emploi »	Chapitre VI.2 Déplacements dans les DOM-TOM et hors de France : « 6.2.2. Assurance et garanties collectives. L'entreprise assure au cadre amené à se déplacer hors de France métropolitaine, et ce quelle que soit la durée du déplacement, une garantie couvrant les frais d'accidents, notamment le rapatriement, décès, invalidité, assistance juridique. L'entreprise assurera, dans la mesure du possible, la continuité des garanties collectives (retraite, couverture des risques d'invalidité, décès, accidents du travail, maladie, accidents et perte d'emploi) avec celles des régimes métropolitains » ; « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 6.2.4. Avenant au contrat de travail. Les garanties et avantages accordés dans l'avenant [d'expatriation] ne peuvent être inférieurs à ceux prévus à l'annexe VII [Régime de prévoyance] » ; « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 6.2.8. Détachement dans une autre entreprise. Lorsqu'un cadre est détaché hors de la France métropolitaine par l'entreprise dans laquelle il travaille en métropole et mis à la disposition d'une entreprise de statut juridique étranger, filiale de l'entreprise métropolitaine ou de la même société mère, l'entreprise métropolitaine se porte garante pour la filiale de l'exécution des engagements résultant de l'application du présent texte »
<b>Bâtiment – Ingénieurs et cadres de la région parisienne (1843)</b>		
Nombre de salariés : ND		
Article 3 de l'annexe Ingénieurs, assimilés et cadres (IAC) A3 Déplacements hors de la France métropolitaine Avenant du 14 mai 1979 : « Préalablement à la signature du contrat [d'expatriation], l'entreprise mettra à la disposition de l'IAC, pendant un délai suffisant, une documentation aussi complète que possible concernant la réglementation sociale et fiscale en vigueur dans les pays où l'IAC est envoyé et lui communiquera toutes informations relatives aux conditions générales de travail, de vie et d'environnement, propres aux lieux d'emploi »	Article 3 de l'annexe Ingénieurs, assimilés et cadres (IAC) A3 Déplacements hors de la France métropolitaine Avenant du 14 mai 1979 : « Dans l'énoncé du contrat [d'expatriation] doivent obligatoirement figurer des stipulations relatives (...) couverture des risques vieillesse (sécurité sociale ou régime équivalent et régimes complémentaires), invalidité, décès, accidents du travail, maladie et accidents, perte d'emploi »	Article préambule de l'annexe Ingénieurs, assimilés et cadres (IAC) A3 Déplacements hors de la France métropolitaine Avenant du 14 mai 1979 : « Reconnaisant comme fondés les souhaits généralement exprimés par les IAC (...) de conserver pendant leur déplacement des garanties et avantages sociaux équivalents à ceux qu'ils possèderaient en métropole »

<b>Bâtiment – Employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) (2609)</b> 134 900 salariés		
Chapitre VII.2 Déplacements des ETAM dans les DOM-TOM et hors de France : « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.4. Avenant au contrat de travail. Préalablement à la signature de l'avenant [d'expatriation], l'entreprise met à la disposition de l'ETAM, pendant un délai suffisant, une documentation aussi complète que possible sur la réglementation sociale et fiscale en vigueur dans les pays où l'ETAM est envoyé, compte tenu de la durée prévisible du déplacement, et lui communique toutes informations relatives aux conditions générales de travail, de vie et d'environnement, propres aux lieux de travail »	Chapitre VII.2 Déplacements des ETAM dans les DOM-TOM et hors de France : « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.4. Avenant au contrat de travail. L'avenant [d'expatriation] doit stipuler expressément (...) couverture retraite (sécurité sociale ou régime équivalent et régimes complémentaires) ; couverture prévoyance (invalidité, décès, accidents du travail, maladie et accidents, perte d'emploi »	Article 7.2.2. Assurances et garanties collectives : « L'entreprise assure à l'ETAM amené à se déplacer hors de France métropolitaine, et ce quelle que soit la durée du déplacement, une garantie couvrant les frais d'accidents, notamment le rapatriement, décès, invalidité, assistance juridique. L'entreprise assurera, dans la mesure du possible, la continuité des garanties collectives (retraites, couverture des risques invalidité, décès, accidents du travail, maladie, accidents et perte d'emploi) avec celle des régimes métropolitains » ; « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.4. Avenant au contrat de travail. Les garanties et avantages accordés dans l'avenant [d'expatriation] ne peuvent être inférieurs à ceux prévus à l'article 6.2. [Régime obligatoire de prévoyance] de la présente convention » ; « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.8. Détachement dans une autre entreprise. Lorsqu'un ETAM est détaché hors de la France métropolitaine par l'entreprise dans laquelle il travaille en métropole et mis à la disposition d'une entreprise de statut juridique étranger, filiale de l'entreprise métropolitaine ou de la même société mère, l'entreprise métropolitaine se porte garante pour la filiale de l'exécution des engagements résultant de l'application du présent texte »
<b>Travaux publics - cadres (2409)</b> 51 500 salariés		
Article 6.2.4. Déplacement supérieurs à 3 mois, relatif aux déplacements dans les DOM-TOM et hors de France : « Avenant au contrat de travail. Préalablement à la signature de l'avenant [d'expatriation], l'entreprise met à la disposition de l'ETAM, pendant un délai suffisant, une documentation aussi complète que possible sur la réglementation sociale et fiscale en vigueur dans les pays où l'ETAM est envoyé, compte tenu de la durée prévisible du déplacement, et lui communique toutes informations relatives aux conditions générales de travail, de vie et d'environnement, propres aux lieux de travail »	Article 6.2.4. Déplacement supérieurs à 3 mois, relatif aux déplacements dans les DOM-TOM et hors de France : « L'avenant [au contrat de travail] doit comporter les points suivants : (...) couverture retraite (sécurité sociale ou régime équivalent et régimes complémentaires) ; couverture prévoyance (invalidité, décès, accidents du travail, maladie et accidents, perte d'emploi) »	Article 6.2.2. Assurance et garanties collectives, relatif aux déplacements dans les DOM-TOM et hors de France : « L'entreprise assurera, dans la mesure du possible, la continuité des garanties collectives (retraites, couverture des risques d'invalidité, décès, accidents du travail, maladie, accidents et perte d'emploi) avec celles des régimes métropolitains »



<b>Travaux publics - Employés, techniciens et agents de maîtrise (ETAM) (2614)</b> 73 800 salariés		
Chapitre VII.2 Déplacements des ETAM dans les DOM-TOM et hors de France : « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.4. Avenant au contrat de travail. Préalablement à la signature de l'avenant [d'expatriation], l'entreprise met à la disposition de l'ETAM, pendant un délai suffisant, une documentation aussi complète que possible sur la réglementation sociale et fiscale en vigueur dans les pays où l'ETAM est envoyé, compte tenu de la durée prévisible du déplacement, et lui communique toutes informations relatives aux conditions générales de travail, de vie et d'environnement, propres aux lieux de travail »	Chapitre VII.2 Déplacements des ETAM dans les DOM-TOM et hors de France : « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.4. Avenant au contrat de travail. L'avenant [d'expatriation] doit comporter (...) couverture retraite (sécurité sociale ou régime équivalent et régimes complémentaires) ; couverture prévoyance (invalidité, décès, accidents du travail, maladie et accidents, perte d'emploi »	Article 7.2.2. Assurances et garanties collectives : « L'entreprise assure à l'ETAM amené à se déplacer hors de France métropolitaine, et ce quelle que soit la durée du déplacement, une garantie couvrant les frais d'accidents, notamment le rapatriement, décès, invalidité, assistance juridique. L'entreprise assurera, dans la mesure du possible, la continuité des garanties collectives (retraites, couverture des risques invalidité, décès, accidents du travail, maladie, accidents et perte d'emploi) avec celle des régimes métropolitains » ; « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.4. Avenant au contrat de travail. Les garanties et avantages accordés dans l'avenant [d'expatriation] ne peuvent être inférieurs à ceux prévus à l'article 6.2. [Régime obligatoire de prévoyance] de la présente convention » ; « Section 2 Déplacements supérieurs à 3 mois - 7.2.8. Détachement dans une autre entreprise. Lorsqu'un ETAM est détaché hors de la France métropolitaine par l'entreprise dans laquelle il travaille en métropole et mis à la disposition d'une entreprise de statut juridique étranger, filiale de l'entreprise métropolitaine ou de la même société mère, l'entreprise métropolitaine se porte garante pour la filiale de l'exécution des engagements résultant de l'application du présent texte »
<b>Chimie et pharmacie</b>		
<b>Industries chimiques et connexes (44)</b> 221 900 salariés		
	Article 9 Embauchage : « 7. Départ hors du territoire métropolitain – Lorsqu'un salarié est appelé à occuper un poste dans un établissement situé hors du territoire métropolitain à la suite d'un engagement ou d'une mutation, il sera établi, avant son départ, un contrat écrit qui précisera les conditions de cet engagement ou de cette mutation » ; article 13 de l'avenant n°3 ingénieur et cadres, article 5 de l'avenant n°2 agents de maîtrise et certains techniciens et article 6 de l'avenant n°1 ouvriers et collaborateurs : « Les conditions de travail et de séjour de ce personnel expatrié seront stipulées dans le contrat de travail ou dans les documents auxquels ce contrat fera explicitement référence. Les dispositions ainsi arrêtées tendront à lui assurer les conditions de travail et avantages sociaux globalement comparables »	

<b>Industrie pharmaceutique (176)</b> 128 400 salariés		
Article 1 <sup>er</sup> de l'accord du 22 octobre 1984 relatif à l'affectation du personnel hors du territoire métropolitain : « Les modalités de l'affectation dans un établissement hors de la métropole doivent être précisées, par écrit, avant le départ du salarié, en ce qui concerne (...) les garanties sociales »		Article 1 <sup>er</sup> de l'accord du 22 octobre 1984 relatif à l'affectation du personnel hors du territoire métropolitain : les garanties sociales « devront être équivalentes aux garanties légales et conventionnelles dont le salarié aurait bénéficié en métropole »
<b>Fabrication et commerce des produits à usage pharmaceutique (1555)</b> 27 500 salariés (*)		
Article 35 Déplacements hors de la France métropolitaine : « Préalablement à la signature du contrat [d'expatriation], l'entreprise mettra à la disposition du salarié, pendant un délai d'un mois, une documentation aussi complète que possible sur la réglementation sociale et fiscale en vigueur dans le ou les pays où l'intéressé est envoyé et lui communiquera toutes informations relatives aux conditions générales de travail, de vie et d'environnement, propres aux lieux d'emploi »	Article 35 Déplacements hors de la France métropolitaine : « Dans l'énoncé de ce contrat [d'expatriation] doivent figurer des stipulations relatives aux postes suivants : (...) couverture des risques de vieillesse (sécurité sociale ou régime équivalent ou régimes complémentaires), invalidité, décès, accidents de travail, maladie et accidents, perte d'emploi » et « Protection sociale : les salariés déplacés continuent, pendant la durée de leur séjour à l'extérieur, à bénéficier de garanties relatives à la retraite et à la couverture des risques d'invalidité, de décès, d'accidents du travail, de maladie, d'accidents, et perte d'emploi »	Article 35 Déplacements hors de la France métropolitaine : « Les garanties et avantages résultant, pour le salarié, de l'application des dispositions à prévoir à cet égard dans le contrat [d'expatriation] doivent être au moins équivalents à ceux obtenus dans la présente convention collective nationale et ses avenants » et « Protection sociale : Ces garanties doivent, si nécessaire, compléter les garanties éventuelles de même nature dont le salarié bénéficie en vertu des dispositions obligatoires en vigueur dans le pays d'accueil. L'entreprise s'efforcera d'en assurer, dans la mesure du possible, la continuité avec les garanties des régimes métropolitains. Ces garanties seront, dans l'ensemble et toutes choses égales par ailleurs, équivalentes à celles dont le salarié bénéficierait s'il était resté en métropole »
<b>Plastiques, caoutchouc et combustibles</b>		
<b>Industries du pétrole (1388)</b> 32 500 salariés (*)		
	Article 319 Déplacements de longue durée : « Les garanties des salariés appelés à exercer leur activité à l'étranger seront précisées par écrit avant le départ de l'intéressé »	
<b>Verre et matériaux de construction</b>		
<b>Industries de fabrication mécanique du verre (669)</b> 24 300 salariés (*)		
	Article 9 Déplacements de l'annexe II relative aux conditions particulières de travail des agents de maîtrise, techniciens et assimilé et des cadres : « Les déplacements à l'étranger pour une durée au moins égale à 3 mois sont réglés au plan des entreprises par un accord de gré à gré notamment sur les conditions de l'emploi, les régimes de prévoyance et de retraite et les garanties au retour »	

<b>Industries de carrières et matériaux (211) - cadres</b> 7 600 salariés (*)		
Article 5 ter Cadres envoyés en pays étranger : « Tout cadre que son employeur se propose d'envoyer à l'étranger pour y exercer son activité professionnelle et y résider doit être informé aussi complètement que possible, avant son départ, des conditions de vie et de travail qu'il est appelé à rencontrer »	Article 5 ter Cadres envoyés en pays étranger : « Dans l'étude de l'avenant au contrat de travail réglant les modalités du déplacement doivent obligatoirement être examinées les stipulations relatives aux (...) couvertures des risques vieillesse (sécurité sociale ou régime équivalent et régimes complémentaires), invalidité, décès, accidents du travail, maladies et accidents »	
<b>Culture et communication</b>		
<b>Télécommunications (2148)</b> 87 100 salariés (*)		
		Article 4.2.9. Déplacements professionnels : « Garanties sociales. Les salariés continuent de bénéficier pendant la durée de leur séjour à l'étranger du même niveau de garanties sociales relatives à la couverture des risques invalidité, décès, accident du travail, incapacité, maternité et perte d'emploi sans qu'il résulte une augmentation du taux global de cotisations à la charge des intéressés. S'agissant de la retraite, les salariés conservent un niveau global de cotisation équivalent à celui dont ils auraient bénéficié s'ils étaient restés en France, au titre des régimes obligatoires vieillesse et retraites complémentaires »
<b>Agro-alimentaire</b>		
<b>Industries de produits alimentaires élaborés (1396)</b> 43 900 salariés (*)		
Article 15 de l'annexe A Ingénieurs et cadres Avenant n°70 du 17 décembre 2004 : « Lorsque l'employeur appelle un ingénieur ou cadre à travailler hors métropole, il doit lui préciser, par écrit, les conditions de son expatriation, et notamment pour le salarié et sa famille (...) la couverture sociale »		Article 15 de l'annexe A Ingénieurs et cadres Avenant n°70 du 17 décembre 2004 : « étant entendu que le cadre expatrié doit avoir des avantages comparables à ceux qui sont de règle en métropole, ou supérieurs pour, le cas échéant, compenser les inconvénients résultant de son séjour en métropole »
<b>Vins, cidres, jus de fruits et alcools (493)</b> 41 300 salariés (*)		
	Article III.19. Mobilité « Les modalités de l'affectation dans un établissement de l'entreprise hors de la métropole doivent être précisées par écrit avant le départ de l'intéressé en ce qui concerne (...) les garanties sociales applicables : sécurité sociale, retraite, prévoyance, chômage »	

<b>Production des eaux et boissons sans alcool (1513)</b> 17 200 salariés (*)		
	Article 8.6 Salariés détachés à l'étranger : les dispositions du contrat du travail ou de l'avenant « devront définir les conditions de travail et de séjour du personnel appelé à l'initiative de son employeur à travailler à l'étranger, dans l'UE et hors de l'UE »	Article 8.6 Salariés détachés à l'étranger : les dispositions du contrat du travail ou de l'avenant « devront tendre à lui assurer des conditions de travail et avantages sociaux comparables à ceux qui sont de règle en métropole »
<b>Entreprises d'expédition et d'exportation de fruits et légumes (1405)</b> 8 300 salariés (*)		
	Article 7 Expatriation de l'annexe II relative aux dispositions du personnel d'encadrement : « Un avenant à son contrat de travail écrit doit préciser tous les aspects matériels et autres de ce détachement, notamment la couverture sociale et le régime sécurité sociale et retraite »	Article 7 Expatriation de l'annexe II relative aux dispositions du personnel d'encadrement : « Ses droits doivent être intégralement sauvegardés en matière de chômage, maladie, invalidité, vieillesse, décès »
<b>Certaines branches d'industries agricoles et alimentaires</b> Fédérations professionnelles signataires : fabricants de glaces, biscuiterie, chocolatiers confiseurs, importateurs de thé, de vanille, fruits secs et produits exotiques, fabricants de café soluble et de chicorée, torréfacteurs de café, plantes à infusions, conditionneurs de poivres et épices, industries condimentaires, fabricants de vinaigres, de bouillons et potages, de levures Nombre de salariés : ND		
	Accord [non étendu] portant application dans certaines branches d'industries agricoles et alimentaires de l'accord national interprofessionnel du 23 avril 1983 relatif au personnel d'encadrement (cadres, techniciens et agents de maîtrise) : « Mobilité et expatriation (...) Les modalités de l'affectation dans un établissement de la même société à l'étranger doivent être précisées par écrit, avant le départ du salarié, en ce qui concerne notamment (...) les garanties sociales applicables »	
<b>Pâtes alimentaires sèches et couscous non préparé (1987)</b> Nombre de salariés : ND		
	Article Préambule de l'annexe III Ingénieur et cadres : et article Préambule de l'annexe II Techniciens et agents de maîtrise : « Mobilité et expatriation (...) Les modalités de l'affectation dans un établissement de la même société à l'étranger doivent être précisées par écrit, avant le départ du salarié, en ce qui concerne notamment (...) les garanties sociales applicables »	

<b>Sucreries, sucreries-distilleries et raffineries de sucre (2728)</b>		
Nombre de salariés : ND		
	Article 6.601 Travail à l'étranger : « Quelle que soit la durée du déplacement à l'étranger (mission, détachement ou expatriation), le salarié bénéficie de (...) sauf en cas d'expatriation, pour lequel des garanties spécifiques sont prévues, les garanties sociales relatives à la retraite, à la couverture de risques médicaux (longue maladie, invalidité), décès, accident du travail, maternité et perte d'emploi sont maintenues au salarié comme s'il ne changeait pas de lieu de travail, et aux mêmes taux de cotisation »	
<b>Commerce</b>		
<b>Commerce de détail et de gros à prédominance alimentaire (2216)</b>		
663 700 salariés		
Article 5 de l'annexe IV Personnel d'encadrement : « 5.7. Expatriation. Des dispositions doivent définir les conditions de travail et de séjour du personnel d'encadrement appelé à l'initiative de son employeur à travailler à l'étranger, dans la CEE et hors de la CEE »		Article 5 de l'annexe IV Personnel d'encadrement : « 5.7. Expatriation. (...) ces dispositions doivent tendre à assurer [au personnel d'encadrement] des conditions de travail et avantages sociaux comparables à ceux qui sont en règle en métropole »
<b>Commerces et services de l'audiovisuel, de l'électronique et de l'équipement ménager (1686)</b>		
76 200 salariés (*)		
	Article 10 Mutation ou changement d'affectation du titre II Avenant cadres : « Lorsqu'un membre du personnel d'encadrement est appelé à occuper un poste dans un établissement situé hors du territoire métropolitain à la suite d'un engagement ou d'une mutation, il sera établi, avant son départ, un contrat écrit qui précisera les conditions de cet engagement ou de cette mutation »	

<b>Grands magasins et magasins populaires (2156)</b> 40 000 salariés (*)		
	Article 6-5 Engagement ou mutation en dehors du territoire métropolitain : « Lorsqu'un salarié est appelé, à sa demande ou à la demande de l'employeur, à occuper un poste dans un établissement situé hors du territoire métropolitain à la suite d'un engagement ou d'une mutation, il sera établi avant son départ un contrat écrit qui précisera les conditions (notamment de rémunération) de cet engagement ou de cette mutation »	
<b>Transports</b>		
<b>Transport aérien – personnels au sol (275)</b> 86 700 salariés		
	Article 16 Embauche ou mutation hors territoire métropolitain : « Lorsqu'un salarié est appelé à occuper un poste dans un établissement situé hors du territoire métropolitain à la suite d'une embauche ou d'une mutation, l'employeur est tenu de lui proposer au préalable, et de lui confirmer par écrit, les conditions de cette embauche ou de cette mutation qui font l'objet d'un dispositif contractuel entre l'employeur et le salarié. Ce dispositif, valant contrat de travail au sens de la législation française, doit contenir les stipulations minima ci-après : (...) garantie en matière d'allocations familiales, de retraite et de prévoyance, et de chômage »	Article 16 Embauche ou mutation hors territoire métropolitain : « En cas de mutation, l'employeur doit prévoir, si besoin est, des garanties concernant les risques maladie, vieillesse et décès complémentaires à celles assurées par les régimes locaux obligatoires dans les pays d'affectation de telle sorte que l'intéressé bénéficie de garanties équivalentes en pratique pour lui à celles que lui assuraient la législation et la réglementation françaises »
<b>Sociétés concessionnaires d'autoroute (2583)</b> 12 400 salariés (*)		
	Article 32 Garanties des salariés appelés à exercer leur activité à l'étranger : « Avant le départ, l'employeur doit préciser, par écrit, à tout salarié appelé à exercer son activité à l'étranger (...) les modalités de couverture sociale (retraite et prévoyance) »	

<b>Banques, établissements financiers et assurances</b>		
<b>Sociétés d'assurances (1672)</b> 193 600 salariés		
III. Dispositions complémentaires cadres, 16. Missions de longue durée hors du territoire métropolitain : « Avant le départ en mission, l'entreprise met à la disposition du cadre pendant un délai suffisant une documentation complète sur le pays ou le territoire où il est envoyé et en particulier toutes informations utiles sur (...) la réglementation sociale et fiscale qui régira sa situation »		III. Dispositions complémentaires cadres, 16. Missions de longue durée hors du territoire métropolitain : « les modalités de la mission sont définies dans un avenant au contrat de travail qui précise (...) les modalités de couverture tant des risques pour lesquels l'intéressé est garanti au titre des fonctions jusqu'alors assumées que des risques spécifiques à la mission confiée, la couverture sociale de l'intéressé devant être globalement équivalente à celle dont il bénéficie avant son départ »
<b>Inspection d'assurance (1679)</b> 6 900 salariés (*)		
Article 56 quater Autres cas de mobilité : « Avant le départ en mission, l'entreprise met à la disposition de l'inspecteur pendant un délai suffisant une documentation complète sur le pays ou le territoire où il est envoyé et en particulier toutes informations utiles sur (...) la réglementation sociale et fiscale qui régira sa situation »		Article 56 quater Autres cas de mobilité : « les modalités de la mission sont définies dans un avenant au contrat de travail qui précise (...) les modalités de couverture tant des risques pour lesquels l'intéressé est garanti au titre des fonctions jusqu'alors assumées que des risques spécifiques à la mission confiée, la couverture sociale de l'intéressé devant être globalement équivalente à celle dont il bénéficie avant son départ »
<b>Sociétés d'assistance (1801)</b> 9 000 salariés (*)		
Article 30, B Mobilité géographique : « b2) en cas de mission ou d'affectation hors métropole d'une durée égale ou supérieure à une année (...) un entretien avec le salarié concerné (...) doit permettre à l'intéressé de disposer d'informations précises sur (...) les garanties sociales » ; « b3) les informations données par l'entreprise dans le cadre de l'entretien sont confirmées dans un document remis ou adressé ultérieurement au salarié. Lorsque l'accord écrit du salarié est nécessaire (...) la remise de ce document doit précéder la prise de décision de celui-ci »		Article 30, B Mobilité géographique : « b2) en cas de mission ou d'affectation hors métropole d'une durée égale ou supérieure à une année (...) il sera recherché d'un commun accord à établir une couverture sociale globalement équivalente à celle dont le salarié bénéficie avant son départ »



Services aux entreprises		
<b>Bureaux d'études techniques - SYNTEC (1486)</b> 770 900 salariés		
		<p>Titre IX « Déplacement hors de France métropolitaine » : « [L'ordre d'envoi en mission hors de France métropolitaine] stipulera dans tous les cas (...) : 18. Le maintien ou non des régimes de retraite et de prévoyance, du régime des Assedic, dont le salarié bénéficie en France métropolitaine, et cela conformément aux dispositions de l'article 72 ; 19. La couverture des risques maladie et accidents, soit par le maintien du bénéfice de la sécurité sociale, soit à défaut par un régime de remplacement assurant dans la mesure du possible des garanties analogues, l'employeur pouvant assurer directement ces garanties ; 20. Le maintien ou la compensation des prestations familiales. » (article 66 « Ordre de mission ») ; « Si le régime général de la sécurité sociale n'est pas maintenu, le salarié et sa famille devront être couverts avec des garanties analogues à celles du régime général de la sécurité sociale conformément aux dispositions du point 19 de l'article 66, les taux de cotisations incombant au salarié ne pouvant être augmentés de ce fait. Le cas échéant, ces dispositions devront couvrir les risques de maladies tropicales pour le salarié et sa famille. Le régime volontaire risque vieillesse de la sécurité sociale et le régime des retraites complémentaires seront maintenus et la charge en sera supportée par le salarié et l'employeur dans les proportions habituelles et les conditions prévues par la loi. Quant aux allocations familiales, le salarié aura droit à une indemnité compensatrice à partir du moment où les allocations familiales auxquelles il aurait droit cesseraient de lui être servies. » (article 72 « Prévoyance - Retraites - Chômage »)</p>
Autres secteurs		
<b>Travail temporaire</b> Près de 500 000 salariés temporaires (**)		
<p>Accord du 2 décembre 1986 sur les conditions de détachement des salariés temporaires à l'étranger : article 3 Contrat de mission : « le contrat [de mission] doit préciser pour les salariés détachés à l'étranger hors CEE et pays limitrophes de la France (...) les garanties sociales » ; article 5 Garanties sociales de l'accord : « Dans tous les cas, le salarié doit être dûment informé des affiliations effectuées pour assurer sa couverture sociale »</p>		<p>Article 5 Garanties sociales de l'accord du 2 décembre 1986 sur les conditions de détachement des salariés temporaires à l'étranger : « Un salarié temporaire délégué à l'étranger bénéficie, en matière de maladie, maternité, accident du travail, invalidité, vieillesse, perte d'emploi et, sous réserve des accords internationaux, prestations familiales, soit du régime général attaché à la sécurité sociale française, soit du régime du pays d'accueil (pour les seuls pays membres de la CEE), soit d'un régime globalement comparable à celui de la sécurité sociale française. La charge de ces garanties est supportée par l'employeur et le salarié dans les proportions habituelles »</p>

<b>Entreprises d'architecture (2332)</b> 35 900 salariés (*)		
	Article IX.5 Déplacement à l'étranger : « Les entreprises d'architecture qui exercent habituellement, occasionnellement ou exceptionnellement, une activité hors de la métropole et DOM (pour des missions de détachements, expatriations) et qui, de ce fait, sont amenées à y envoyer en déplacement ou en affectation, certains de leurs salariés, doivent en préciser les conditions par avenant au contrat de travail »	
<b>Installation aéraulique, frigorifique et thermique (1412)</b> 19 700 salariés (*)		
	Article 5-1 Frais de déplacement : « En cas de déplacement dans un territoire où ne s'applique pas une législation de sécurité sociale et lorsque ce déplacement doit excéder la durée pendant laquelle l'intéressé reste couvert par la législation française, le chef d'entreprise devra prévoir des garanties suffisantes concernant les risques maladies, accidents ou décès »	
<b>Géomètres-experts (2543)</b> 11 600 salariés (*)		
		Article 6.8 Cas particulier des déplacements hors pays visés au présent titre : « Tous déplacements hors pays visés ci-dessus [hors CEE et pays territorialement limitrophes de la France métropolitaine] devront obligatoirement et préalablement faire l'objet d'un ordre de mission. Cet ordre de mission stipulera dans tous les cas (...) la couverture des risques maladie et accidents, soit par le maintien du bénéfice de la sécurité sociale, soit à défaut par un régime de remplacement assurant des garanties analogues auprès d'un organisme agréé, les garanties offertes, ne pourront être inférieures à celles de la présente convention »

## **ANNEXE 9 – L’OFFRE DE COUVERTURE DE LA CFE AU REGARD DE LA CONCURRENCE PRIVEE**

<b>1. L’EQUILIBRE ECONOMIQUE DE LA CFE REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR DES « GRANDS COMPTES », QUI CHOISISSENT D’Y AFFILIER LEURS SALAIRES EXPATRIES, DANS UNE STRATEGIE DE GROUPE, POUR L’ENSEMBLE DE LEURS ZONES D’EXPATRIATION .....</b>	<b>115</b>
1.1 L’activité de la CFE, qui concerne relativement peu les PME ETI, est largement dépendante d’un nombre réduit de « grands comptes » .....	115
1.1.1 Les entreprises mandataires sont les principales contributrices à l’équilibre économique de la CFE .....	115
1.1.2 L’activité de la CFE est très dépendante d’un nombre réduit de « grands comptes », qui constituent sa principale cible commerciale .....	115
1.2 Les « grands comptes » s’affilient à la CFE dans une logique de « guichet unique » qui l’exposerait à un risque commercial important dans l’hypothèse où elle ne serait plus en mesure de poursuivre son activité sur la zone EEE et/ou sur les États Unis .....	117
1.3 Les tendances actuelles de la mobilité internationale (expatriations successives, mobilité des individuels, localisation de centres de mobilité internationale et recrutements de droit local) renforcent la légitimité de l’offre de couverture proposée par la CFE mais exigent qu’elle fasse un effort d’attractivité auprès des jeunes .....	119
1.3.1 Les phénomènes d’expatriations successives confortent une solution permettant de conserver une continuité des droits dans un système unique de rattachement. ....	119
1.3.2 Le recul de la formule du détachement, l’augmentation tendancielle du nombre de personnes recrutées sous contrat local et l’allongement de la durée d’expatriation renforcent l’intérêt pour les Français à l’étranger de la faculté de couverture qu’offre la CFE. ....	119
1.3.3 La CFE pourrait approfondir sa démarche commerciale envers les jeunes adhérents, qui contribuent positivement à l’équilibre économique de la caisse et qui constituent une part croissante de la population des expatriés. ....	120
<b>2 SI LA CFE N’EST PAS, AU REGARD DE SON VOLUME D’ACTIVITE, UN ACTEUR NEGLIGEABLE DANS LE PAYSAGE FRANÇAIS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE, ELLE APPARAÎT DE DIMENSION MODESTE PAR RAPPORT AUX SOCIETES LEADER SUR LE MARCHÉ DE LA COUVERTURE DES EXPATRIES. ....</b>	<b>122</b>
2.1 L’activité de la CFE est d’un niveau comparable à celui des autres organismes français (mutuelles et instituts de prévoyance) gérant du risque non vie. ....	122
2.2 La CFE apparaît toutefois de dimension modeste comparée aux leaders mondiaux de la protection sociale à l’étranger .....	123
<b>3 LA CFE ORGANISE, DE MANIÈRE EXCLUSIVE, UNE CONTINUITÉ DES DROITS À LA RETRAITE ET OFFRE, DANS LE CADRE DES PARTENARIATS QU’ELLE A NOUÉS AVEC DES ORGANISMES PRIVES, UNE COUVERTURE POUR LES RISQUES MALADIE ET AT MP À COUT MODÈRE.....</b>	<b>124</b>
3.1 L’attractivité de l’offre de la CFE sur la maladie et l’AT MP bénéficie, <i>via</i> la validation des périodes assimilées, de l’exclusivité de gestion de la caisse pour le risque vieillesse.....	124
3.1.1 La CFE est le seul organisme à proposer une solution de couverture retraite à prestation garantie et par répartition .....	124
3.1.2 La spécificité de l’offre de la CFE sur la MMI et l’AT MP tient moins aux avantages propres à ces deux risques (absence de délai de carence, prise en charge des soins en France) qu’aux adhésions qu’ils présentent avec le risque vieillesse .....	125
3.2 Les tarifs pratiqués par la CFE sont, par rapport aux offres au 1er euro et compte tenu des abattements commerciaux accordés aux entreprises mandataires, compétitifs .....	126

3.2.1 Les offres individuelles en complément CFE présentent des tarifs plus compétitifs (-40 %) que les offres au 1er euro. ....	126
3.2.2 Les abattements de cotisation offerts pour des raisons commerciales aux entreprises mandataires de la CFE permettraient de diminuer de l'ordre de -8 % à -20 % le montant de cotisation CFE qu'elles acquittent (entre -4 % et -10 % du cout total de la couverture CFE + complémentaire) .....	129
3.2.3 Le principe de neutralité fiscale et sociale de l'expatriation induit pour les entreprises un surcout spécifique lié à l'intégration des cotisations CFE dans l'assiette imposable. ....	130

# 1. L'EQUILIBRE ECONOMIQUE DE LA CFE REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR DES « GRANDS COMPTES », QUI CHOISISSENT D'Y AFFILIER LEURS SALAIRES EXPATRIES, DANS UNE STRATEGIE DE GROUPE, POUR L'ENSEMBLE DE LEURS ZONES D'EXPATRIATION

## 1.1 L'activité de la CFE, qui concerne relativement peu les PME ETI, est largement dépendante d'un nombre réduit de « grands comptes »

### 1.1.1 Les entreprises mandataires sont les principales contributrices à l'équilibre économique de la CFE.

Les salariés (62 % du total), et notamment des salariés rattachés à une entreprise mandataire (39 % du total des adhérents, une part stable des adhérents par rapport à 2008 38%), sont les principaux adhérents à la CFE.

Les salariés mandatés, qui représentent 76 % des cotisants de la catégorie 1, participent de manière décisive à l'équilibre économique de la caisse. Les entreprises mandataires viennent combler le déficit constaté dans la gestion du risque MMI sur les adhérents individuels (l'écart technique consolidé des adhérents mandataires est de 16 M€ en 2013, pour un déficit de -4 M€ pour les adhérents individuels) et réalisent 90 % de l'écart technique consolidé sur le risque AT MP en 2013.

La contribution des entreprises mandataires à l'équilibre économique de la CFE est en outre minorée (dans un rapport de 2 à 1) à raison des abattements de cotisations qui leur sont accordés pour des raisons commerciales (23 M€ pour 25 M€ d'écart technique consolidé total sur les risques MMI et AT MP en 2014).

### 1.1.2 L'activité de la CFE est très dépendante d'un nombre réduit de « grands comptes », qui constituent sa principale cible commerciale

Les dix principales entreprises mandataires de la CFE<sup>63</sup> représentent près d'un tiers (29 %) des salariés mandatés (et 13 % du total des adhérents de la CFE pour le risque maladie) et les entreprises de plus de 400 salariés mandatés (17 en 2014) réalisent seules près de 30 % de l'écart technique consolidé sur le risque maladie en 2013. **L'équilibre économique de la CFE semble donc largement dépendant d'une dizaine d'entreprises mandataires.**

Les salariés mandatés par une entreprise affiliant à la CFE moins de 100 risques (15 987 adhérents au risque MMI en 2014) représentent une part minoritaire des adhérents de la caisse (17 % des adhérents à la CFE; 3 % pour les seules entreprises affiliant moins de 10 risques).

De même, le nombre d'entreprises affiliant moins de 10 risques à la CFE (3 150 entreprises en 2014) semble relativement peu élevé au regard du nombre estimé de PME (361 000) et ETI (3 500) exportatrices, ainsi qu'au regard du nombre de PME (3 715) et ETI (11 867) détenant au moins une filiale à l'étranger<sup>64</sup>.

**En prenant comme hypothèse que le nombre de salariés expatriés est en lien avec la taille de l'entreprise, et compte tenu du « segment de marché » qu'elles sont susceptibles de**

<sup>63</sup> Total, établissements scolaires reconnus par l'Éducation nationale, FONJEP, BNP, Vinci, Bouygues, Société Générale, Mission laïque française, EADS, Renault SA.

<sup>64</sup> Source : DG Trésor, Pôle commerce extérieur, « l'internationalisation des PME et ETI françaises », 28 décembre 2014.

représenter pour la protection des salariés expatriés, la CFE semble relativement mal positionnée auprès des PME et ETI.

Ces catégories d'entreprises ne semblent pas être la cible prioritaire de la CFE, qui concentre les abattements de cotisation accordés pour motif commercial sur les entreprises de plus de 400 salariés mandataires :

- les entreprises ayant plus de 400 salariés mandatés bénéficient d'un montant d'abattement de cotisation par adhérent (726 €par salarié) plus de deux fois supérieur à celui accordé aux entreprises de moins de 100 salariés mandatés (277 €par salarié) ;
- les entreprises de plus de 400 salariés mandatés bénéficient relativement plus des abattements de cotisation (52 % du montant total pour le risque MMI) qu'elles ne contribuent au résultat économique de la caisse (elles réalisent 22 % de l'écart technique consolidé sur ce risque en 2013) ;
- à l'inverse, les entreprises mandataires de moins de 10 salariés, qui réalisent plus de 30 % de l'écart technique consolidé du risque MMI en 2013, ne bénéficient d'aucun abattement.

Tableau 1 : Profil des adhérents à la CFE – risque maladie-maternité-invalidité-au 31/12/2014

	Salarié Individuel	TNS	Étudiant	Inactif	Invalide CFE	Pensionné	VVT	Salarié rattaché	Total 31/12/2014
Nombre d'adhérents	20 988	6 828	4 716	7 961	94	13 849	1 231	35 842	91 509
Part dans le nombre total d'adhérents (en %)	23	7	5	9	0	15	1	39	100
Évolution du nombre d'adhérent entre le 31/12/2008 et le 31/12/2014 (en %)	18	8	59	0	74	29	Sans objet	28	24

Source : CFE. Calculs mission. TNS : travailleur non salarié. VVT : visa vacances travail.

Tableau 2 : Répartition des abattements de cotisation pour motif commercial en fonction du nombre de salariés mandatés – 2014 (en %)

Nombre de salarié mandaté par entreprise	10 à 99 adhérents	100 à 399 adhérents	400 adhérents et plus
Part total dans les abattements (MMI + ATMP) (en %)	11	37	52
Part total dans le nombre d'adhérents (MMI + ATMP) (en %)	23	35	42
Montant d'abattement moyen par adhérent (en €)	277	618	726

Source : CFE.

## 1.2 Les « grands comptes » s'affilient à la CFE dans une logique de « guichet unique » qui l'exposerait à un risque commercial important dans l'hypothèse où elle ne serait plus en mesure de poursuivre son activité sur la zone EEE et/ou sur les États Unis

Les dix principales entreprises mandataires de la CFE affilient, prises individuellement, un nombre important de salariés (en moyenne 1 289 salariés pour chacune de ses entreprises sur le risque maladie en 2014). De plus, les salariés mandatés sont relativement dispersés géographiquement : les dix principaux pays de destination ne représentent cumulativement qu'un peu plus d'un tiers (35 %) de l'ensemble des salariés rattachés.

Ces différents constats concordent avec l'affirmation des entreprises rencontrées par la mission **que la protection sociale des expatriés fait l'objet d'une stratégie « de groupe », visant à proposer une solution de couverture unique pour tous les salariés expatriés et tous les pays de destination.**

**Cette attitude de « guichet unique » expose la CFE à un risque de déséquilibre important, dans l'hypothèse d'un arrêt de son activité sur la zone EEE ou sur les États Unis** (en lien avec la problématique liée à l'*Obamacare*, cf. annexe IV).

Si la CFE n'était plus en mesure de proposer une couverture mondiale, on peut légitimement penser que l'impact de cette évolution sur son équilibre économique dépasserait largement la part de son activité aujourd'hui directement liée à ces deux zones d'expatriation, qui n'est déjà pas négligeable (l'EEE et les États-Unis représentent respectivement 11 % et 7 % des salariés rattachés et 21 % et 8 % de l'écart technique consolidé lié aux entreprises mandataires sur le risque MMI en 2013<sup>65</sup>).

Cette problématique serait prégnante dans le cas de l'entreprise Total, qui constitue la première entreprise mandataire de la CFE (2 994 salariés affiliés), qui a localisé en Suisse sa filiale de gestion internationale (à laquelle sont rattachés directement 183 adhérents à la CFE).

Tableau 3 : Part des salariés rattachés dans les dix principaux pays de destination des adhérents de la CFE – au 31/12/2014

Liste des dix premiers pays de destination des adhérents de la CFE	Part des salariés rattachés du pays de destination dans le total des salariés rattachés
Maroc	6%
Etats Unis.	7%
Chine	7%
Sénégal	2%
Royaume-Uni	3%
Côte d'Ivoire	2%
Tunisie	1%
Thaïlande	1%
Madagascar	1%
Gabon	4%

Source : CFE. Calculs mission.

<sup>65</sup> L'EEE et les Etats Unis représentent respectivement 61 % et 19 % de l'écart technique consolidé du risque maladie (MMI) à fin 2013 (résultat consolidé pour les individuels et les salariés mandataires).



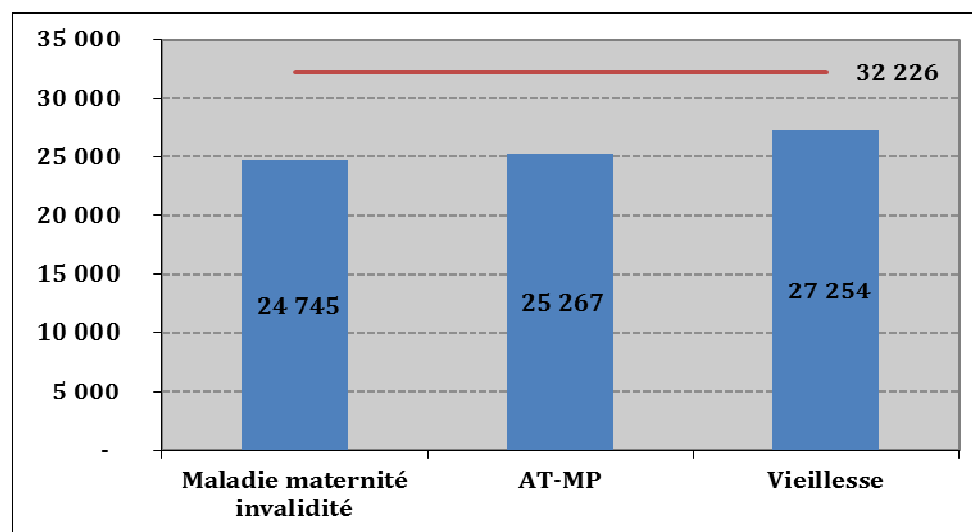
**Les salariés rattachés sont généralement affiliés à la CFE pour l'ensemble des risques proposés, et à défaut le sont exclusivement sur le risque vieillesse.**

Sur les 100 principales entreprises mandataires de la CFE<sup>66</sup>, 73 assurent leurs salariés pour l'ensemble des risques proposés par la CFE (maladie, AT-MP et Vieillesse), 12 pour deux risques et 15 pour un seul risque. Sur les 100 premières entreprises mandataires de la CFE, 77 % des adhérents sont assurés pour le risque maladie, 78 % pour le risque ATMP et 85 % pour le risque vieillesse. Parmi celles qui n'adhèrent à la CFE que pour la couverture d'un seul risque, 87 % (soit 13 entreprises mandataires) ont recours à la CFE pour le risque vieillesse.

Les grandes entreprises ayant recours à la CFE rencontrées par la mission confirment qu'elles ont recours à la CFE systématiquement pour leurs salariés expatriés depuis la France, dès lors que la formule du détachement n'est pas possible<sup>67</sup>.

Ces données statistiques reflètent les spécificités de l'offre de la CFE sur les différents risques, l'assurance volontaire vieillesse étant l'unique solution identifiée pour assurer une continuité de droit avec le système de retraite par répartition, tandis qu'existent, pour la santé et la prévoyance, des offres concurrentes de couverture au 1er euro, les entreprises ayant toutefois intérêt à combiner l'affiliation simultanée aux trois risques afin de pouvoir offrir une prise en compte des périodes d'invalidité au titre des périodes assimilées dans le calcul des droits à la retraite (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Types de risques couverts pour les salariés rattachés des 100 premières entreprises mandataires de la CFE (au 31/12/2014) – nombre d'affiliés par risque (colonnes) et nombre total d'affiliés (ligne)



Source : CFE. Calculs mission.

<sup>66</sup> Qui représentent 70 % des salariés rattachés adhérents de la CFE.

<sup>67</sup> Dès lors que la durée d'expatriation excède 24 mois dans un pays de l'EEE/Suisse (détachement communautaire, article 12 du règlement CE 883/2004 du 29 avril 2004) ou bien 6 ans dans un pays hors EEE/ Suisse (détachement légal, article L. 761-2 CSS).

### 1.3 Les tendances actuelles de la mobilité internationale (expatriations successives, mobilité des individuels, localisation de centres de mobilité internationale et recrutements de droit local) renforcent la légitimité de l'offre de couverture proposée par la CFE mais exigent qu'elle fasse un effort d'attractivité auprès des jeunes

#### 1.3.1 Les phénomènes d'expatriations successives confortent une solution permettant de conserver une continuité des droits dans un système unique de rattachement.

Les entreprises rencontrées au sein des deux cercles qui les réunissent notamment sur la question de la protection sociale des expatriés (Magellan et Cindex) ont fait valoir que la mobilité des salariés a tendance à prendre la forme d'expatriations successives (mouvements de courte durée d'expatriation/impatriation ou de pays tiers à pays tiers), qui rendent d'autant plus nécessaire une solution de couverture qui assure une continuité des droits avec le pays d'origine et quelles que soient les différentes zones d'expatriation.

Certaines des grandes entreprises rencontrées par la mission dans le cadre de ces travaux ont indiqué que leur personnel à l'étranger connaît un très fort taux de rotation, qui justifie, compte tenu de l'évolution rapide de la situation de ces salariés, une attention particulière à la problématique du maintien de la continuité des droits des salariés, d'une part, et, du point de vue de l'entreprise, la recherche d'une solution offrant le maximum de simplicité administrative (guichet unique pour l'ensemble des zones d'expatriation).

#### 1.3.2 Le recul de la formule du détachement, l'augmentation tendancielle du nombre de personnes recrutées sous contrat local et l'allongement de la durée d'expatriation renforcent l'intérêt pour les Français à l'étranger de la faculté de couverture qu'offre la CFE.

Les résultats d'une enquête de la direction des Français de l'étranger et de l'administration consulaire (ministère des affaires étrangères et du développement international) de 2013 révèlent que seuls 23 % des Français à l'étranger interrogés<sup>68</sup> envisagent un retour en France dans un délai de 5 ans, qui soit compatible avec la formule du détachement.

La part des Français à l'étranger en situation de détachement aurait été diminuée par deux (de 36 % à 19 %) sur les dix dernières années (2003-2013), tandis que progresse le nombre de Français employés par une entreprise locale (de 47 % à 50 %), de créateurs d'entreprises (de 10 % à 18 %) et de professions libérales (de 7 % à 10 %)<sup>69</sup>.

Les grandes entreprises affiliant leurs salariés à la CFE et rencontrées par la mission dans le cadre de ces travaux ont pu être amenées à indiquer] que si les effectifs de leurs salariés expatriés ont connu une forte dynamique dans les années récentes, elles s'engageaient désormais dans une stratégie de mobilité internationale plus sélective, en privilégiant le recrutement de cadres locaux.

L'évolution des statuts sous lesquels les Français s'expatrient tient à des choix d'organisation structurants des entreprises employeurs (recrutement en contrat local, réduction du nombre de

<sup>68</sup> Enquête sur l'expatriation des Français, Direction des Français à l'étranger et de l'administration consulaire (DFAE), Ministère des Affaires étrangères (2013), citée dans « les Français à l'étranger : l'expatriation des Français, quelle réalité ? », CCI Ile de France, mars 2014.

<sup>69</sup> Etude Mondissimo, 2013, citée dans « les Français à l'étranger : l'expatriation des Français, quelle réalité ? », CCI Ile de France, mars 2014.

postes offerts en détachement) ainsi qu'à une banalisation des projets individuels d'expatriation (part croissante de créateurs d'entreprises et d'étudiants parmi les Français de l'étranger).

Ces nouvelles formes d'expatriation tendent à renforcer la pertinence de l'offre de couverture proposée par la CFE, qui supplée au rattachement au régime français maintenu dans le cadre du détachement, quand bien même elles tendent à indiquer des formes de présence à l'étranger qui n'invitent pas à envisager un retour en France à courte échéance et ne favorisent pas le maintien de liens étroits avec le pays d'origine.

En outre, l'augmentation de la part relative d'expatriés à titre individuel renforce la pertinence de l'offre de la CFE qui permet, en l'absence de participation de l'employeur, de faire jouer d'autres mécanismes de solidarité (gestion du risque vieillesse par répartition, progressivité de l'assiette de cotisation au risque MMI, absence de tarification en fonction des risques).

### 1.3.3 La CFE pourrait approfondir sa démarche commerciale envers les jeunes adhérents, qui contribuent positivement à l'équilibre économique de la caisse et qui constituent une part croissante de la population des expatriés.

**15% des adhérents au risque maladie de la CFE ont moins de 30 ans à fin 2013.** La CFE accompagne un nombre de jeunes (6 159 adhérents au risque maladie ont moins de 25 ans et 8 441 entre 25 et 30 ans à fin 2013) relativement réduit au regard du nombre estimé d'étudiants Français « expatriés » (de l'ordre de 50 000, hors programme d'échange universitaire de type Erasmus, qui permet une continuité d'affiliation au régime français).

**Cette tranche d'âge connaît une évolution moins dynamique depuis 2007 (+35 %) que des catégories d'âge plus élevées (+49 % pour les 60 ans et plus).** L'évolution de la démographie de la CFE semble en cela être relativement dé-corrélée du rajeunissement anticipé de la population des Français de l'étranger : sur un panel de jeunes de 18 à 34 ans interrogés dans le cadre d'une étude OpinionWay, plus d'un tiers d'entre eux (34 %) imaginent leur avenir professionnel à l'étranger, une tendance d'autant plus affirmée que les répondants sont jeunes (45 % des 18-24 ans ; 31 % des 25-29 ans et 22 % des 30-34 ans)<sup>70</sup>.

**Les étudiants sont l'une des catégories d'adhérents** (avec les salariés mandatés et individuels et les travailleurs non salariés) **qui participe positivement à l'équilibre économique de la CFE.** Les étudiants et VVT réalisaient ainsi 13,6 % de l'écart technique consolidé du risque MMI en 2013. 94 % des nouveaux adhérents de moins de 30 ans à la CFE (depuis 2007) relèvent de catégories (étudiants et visa vacance travail) ayant fait l'objet de partenariats spécifiques.

Ces catégories d'adhérent présentent une gestion technique équilibrée sur la base de tarifs préférentiels :

- la CFE applique des taux de cotisation réduits pour les étudiants (66 €/mois pour les risques MMI et AT<sup>71</sup>), de l'ordre de 22 % du taux de cotisation appliqué à un salarié de la catégorie 1 pour les mêmes risques. La formule CFE + complémentaire construite en partenariat avec la LMDE (Etud-Expat) propose une offre tarifaire à partir de 89 €/mois. Les VVT font l'objet d'un taux de cotisation encore plus préférentiel à compter de 2001 (2 % du demi plafond, contre 3 % pour les étudiants) ;

<sup>70</sup> Source : « les Français à l'étranger : l'expatriation des Français, quelle réalité ? », CCI Ile de France, mars 2014.

<sup>71</sup> Cotisation proposée dans le cadre de stages conventionnés. L'offre étudiante ne contient pas d'option indemnité journalière et l'option prise en charge des soins dispensés en France dans le cadre de séjours de 3 à 6 mois n'a pas été retenue dans la simulation réalisée par la mission

- la CFE exonère les nouveaux adhérents âgés de moins de 35 ans du paiement des cotisations rétroactives (droit d'entrée plafonné à l'équivalent de deux ans de cotisations) en cas d'adhésion tardive<sup>72</sup> ;
- les adhérents de moins de 35 ans débutant une activité non salariée à l'étranger sont automatiquement classés en catégorie 3 pendant les deux premières années d'affiliation ;
- les jeunes adhérents CFE en recherche d'emploi précédemment ayant droits ou affiliés dans les catégories étudiant ou VVT se voient maintenir le taux de cotisation étudiant pendant 12 mois.

Le groupe de travail interne à la CFE a identifié plusieurs causes possibles au mauvais positionnement actuel de la CFE sur la population jeune, dont il conviendrait d'examiner plus en détail la réalité :

- les étudiants qui demeurent affiliés au système français de protection sociale n'ont aucun intérêt à s'affilier volontairement à la CFE. Dès lors, une baisse, même forte, des taux de cotisation de la CFE sur ce public n'a aucune incidence sur les adhésions ;
- les offres concurrentes sont beaucoup plus attractives (du point de vue des tarifs et des garanties proposées) que celle de la CFE ;
- l'offre de la CFE est trop peu lisible (déclinaison de l'offre par catégorie d'adhérent – *salarié, étudiant, non salarié, inactif, VVT* - ; tarification excessivement complexe) ;
- les services et les modes de prises en charge ne sont pas adaptés aux attentes d'une clientèle jeune (modalités d'adhésion, modalités de remboursement, gestion de la relation client etc.) ; la CFE est trop peu visible sur internet.

La CFE explore diverses pistes de réflexion pour attirer et fidéliser les adhérents jeunes à l'appui de sa politique tarifaire :

- appliquer un niveau de cotisation compétitif ;
- classer systématiquement els jeunes TNS en 3e catégorie de cotisation pour la première année d'activité ;
- accorder aux bénéficiaires du programme vacances travail le tarif de cotisation des Etudiants.

Enfin, signe que la CFE est consciente de l'enjeu que représente la population jeune pour l'équilibre démographique de la caisse, la Commission financière et de contrôle soulignait à l'occasion de son rapport au conseil d'administration de décembre 2013 qu'il serait opportun de répondre au défi de la stagnation du nombre d'adhérents étudiants et d'assurés relevant du dispositif visa-vacances-travail en « *diversifiant, dans un contexte concurrentiel, l'offre de la CFE avec d'autres partenaires* ».

**Recommandation n°1 : Professionnaliser la conception de la stratégie commerciale de la CFE et renforcer l'information délivrée au conseil d'administration sur les aspects économiques de son activité (identification des risques commerciaux, stratégie de conquête de publics cibles, suivi des « grands comptes » etc.).**

<sup>72</sup> Les adhérents à la CFE âgés de moins de 35 ans et qui ont souscrit au risque MMI plus de deux ans après leur départ à l'étranger sont toutefois exonérés du droit d'entrée (principe de rétroactivité des cotisations sur un maximum de deux ans) mais pas de la carence (de 3 à 6 mois).

## 2 SI LA CFE N'EST PAS, AU REGARD DE SON VOLUME D'ACTIVITE, UN ACTEUR NEGLIGEABLE DANS LE PAYSAGE FRANÇAIS DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE, ELLE APPARAÎT DE DIMENSION MODESTE PAR RAPPORT AUX SOCIÉTÉS LEADER SUR LE MARCHÉ DE LA COUVERTURE DES EXPATRIÉS.

### 2.1 L'activité de la CFE est d'un niveau comparable à celui des autres organismes français (mutuelles et instituts de prévoyance) gérant du risque non vie.

Le volume d'activité de la CFE la situerait ainsi à la 15<sup>e</sup> place dans le classement réalisé par l'*Argus de l'assurance* parmi les instituts de prévoyance et à la 9<sup>e</sup> place parmi les groupements de mutuelles<sup>73</sup> au regard du montant de cotisation recouvré<sup>74</sup> et respectivement à la 13<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> places au regard du nombre de personnes couvertes.

Tableau 4 : Classement des instituts de prévoyance et groupements de mutuelles– montant de cotisations en affaires directes (brutes de réassurance) en M€ en 2013

Désignation de l'organisme	Cotisations en affaires directes, en M€
<b>Instituts de prévoyance</b>	
BTP Prévoyance	2 201,1
Humanis prévoyance	2089,0
Malakoff-Médéric GPP	1621,0
AG2R Prévoyance	1497,0
Klésia	904,4
Uniprévoyance	523,1
CCPMA Prévoyance	510,0
Reunica Prévoyance	497,6
Apicil Prévoyance	408,0
Apgis	380,9
Ipsa	373,6
Audiens Prévoyance	276,4
Ircem	207,4
Ipeca	189,0
<b>CFE</b>	<b>165,0</b>
Capssa	114,1
Crepa	104,6
<b>Groupements de mutuelles</b>	
Harmonie mutuelles	2 212,0
Groupe Istya	2 857,0
Eovi Mcd Mutuelle	833,1
Couleurs mutuelles	620,0
Humanis	518,6
AG Mut	445,0
Solimut	378,0
Groupe Intérieure	333,8
<b>CFE</b>	<b>165,0</b>
AGMF	147,8

<sup>73</sup> En 2013.

<sup>74</sup> La CFE a recouvert 165 M€ en 2013 pour la gestion des risques techniques maladie et AT MP. Elle recouvre en plus de ce montant 288,4 M€ pour le compte de la CNAV pour la gestion déléguée du risque vieillesse.

*Source : Dossiers de l'Argus de l'assurance, n°7380 du 17 octobre 2014 et n°7385-7386 du 21 novembre 2014. Comptes annuels 2013 de la CFE.*

Tableau 5 : Classement des instituts de prévoyance et groupements de mutuelles – nombre de personnes protégées en 2013

Désignation de l'organisme	Nombre de personnes protégées
<b>Instituts de prévoyance</b>	
Malakoff-Médéric GPP	Non communiqué
Audiens Prévoyance	Non communiqué
Humanis prévoyance	4 042 881
AG2R Prévoyance	3 412 659
Klésia	2 902 510
BTP Prévoyance	2 651 853
CCPMA Prévoyance	1 882 395
Ircem	1 659 981
Uniprévoyance	1 290 000
Reunica Prévoyance	1 070 000
Apgis	709 837
Apicil Prévoyance	461 224
Ipsa	405 781
Ipeca	273 159
<b>CFE</b>	<b>187 245</b>
Capssa	163 330
Crepa	39 106
<b>Groupements de mutuelles</b>	
Groupe Istya	4 962 327
Harmonie mutuelles	4 955 724
Couleurs mutuelles	1 767 107
Eovi Mcd Mutuelle	1 589 128
Humanis	1 146 835
AG Mut	794 000
Solimut	679 503
Groupe Intériale	518 449
<b>CFE</b>	<b>187 245</b>
AGMF	141 111

*Source : Dossiers de l'Argus de l'assurance, n°7380 du 17 octobre 2014 et n°7385-7386 du 21 novembre 2014. Comptes annuels 2013 de la CFE.*

## 2.2 La CFE apparaît toutefois de dimension modeste comparée aux leaders mondiaux de la protection sociale à l'étranger

**Les principaux organismes français proposant des solutions d'assurance aux personnes ne sont pas principalement positionnés sur le « segment » de la couverture des expatriés.**

Les principaux acteurs de ce segment de marché sont, pour les personnes au départ de la France, des sociétés d'assurance (AXA, Allianz, Swiss Life), des courtiers (Henner, MSH) ainsi que les leader mondiaux de l'assurance (Cigna, USA, résultat net de 1,44Md€; Bupa, UK, 0,8Md€; Aetna, USA, 1,7Md€).

Le volume d'activité de la CFE est sans comparaison avec celui des leaders mondiaux positionnés sur la protection sociale des expatriés (Bupa, Cigna, Aetna, Axa, Swiss Life), alors même que, selon les acteurs du secteur, cette activité exige, pour rendre un service de qualité à un tarif

compétitif, d'avoir une taille critique rendant possible le développement d'un large réseau d'établissements de santé conventionnés ainsi que de plateformes de gestion partout dans le monde.

### **3 LA CFE ORGANISE, DE MANIERE EXCLUSIVE, UNE CONTINUITE DES DROITS A LA RETRAITE ET OFFRE, DANS LE CADRE DES PARTENARIATS QU'ELLE A NOUES AVEC DES ORGANISMES PRIVES, UNE COUVERTURE POUR LES RISQUES MALADIE ET AT MP A COUT MODERE**

#### **3.1 L'attractivité de l'offre de la CFE sur la maladie et l'AT MP bénéficie, *via* la validation des périodes assimilées, de l'exclusivité de gestion de la caisse pour le risque vieillesse**

##### **3.1.1 La CFE est le seul organisme à proposer une solution de couverture retraite à prestation garantie et par répartition**

Il ressort notamment des entretiens avec les entreprises rencontrées par la mission que :

- les solutions de retraite par capitalisation développées par les organismes complémentaires, bien qu'elles présentent des avantages fiscaux et sociaux<sup>75</sup>, supposent de mobiliser une capacité d'épargne importante, n'offrent aucune garantie sur le niveau de prestation servie et n'entraînent pas de validation des périodes travaillées pour la liquidation des droits. Ainsi, elles ne permettent pas, seules, de compenser les pertes de droit liés à la désaffiliation du régime de base, et pourraient mettre les entreprises en difficulté au regard de leurs engagements conventionnels (imposant des « avantages sociaux globalement comparables », cf. *jurisprudence supra*). De plus, elles demeurent difficilement envisageables dans le cadre d'une expatriation à titre individuel ;
- les solutions de retraite supplémentaire à prestation garantie (par lesquelles l'employeur s'engage à verser au salarié un certain niveau de prestation, par exemple les « retraites chapeau ») sont rares et concernent essentiellement les salariés de haut niveau.

Dans un arrêt de 2012<sup>76</sup>, la chambre sociale de la Cour de Cassation a décelé de l'existence de plusieurs indices (rattachement hiérarchique, lieu de paiement du salaire etc.) une intention implicite de l'employeur de soumettre la relation de travail à la loi française, en dépit de l'existence d'un contrat de travail conclu auprès de la filiale étrangère de la société employeur et a rappelé l'obligation incombant à l'employeur d'information sur la protection sociale dont bénéficie le salarié à l'étranger, au cas d'espèce sur ses droits à la retraite.

Dans une autre affaire (*le Meridien*), la Cour de cassation a jugé que, dans la mesure où restaient applicables les dispositions de la convention collective du Syntec (prévoyant l'obligation de maintenir une couverture retraite équivalente pour les salariés expatriés), l'assiette des cotisations de retraite (complémentaire) devait être constituée par l'intégralité du package d'expatriation (comprenant les différentes primes et indemnités liées à l'expatriation)<sup>77</sup>.

<sup>75</sup> Déductibilité du résultat imposable de l'entreprise (article 39 du code général des impôts) ; exonération de charges sociales employeur et salarié dans une certaine limite (article L242-I du code de la Sécurité sociale) ; déductibilité des versements des salariés de l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

<sup>76</sup> Cass. soc., 25 janv. 2012, n° 11-11.374, FS-PB, Sté Universal Sodexho Afrique c/ R.

<sup>77</sup> Cass. Soc., 14 avril 2010, n°08-45450, Le Meridien.



### 3.1.2 La spécificité de l'offre de la CFE sur la MMI et l'AT MP tient moins aux avantages propres à ces deux risques (absence de délai de carence, prise en charge des soins en France) qu'aux adhésions qu'ils présentent avec le risque vieillesse

Jusqu'à la remise en cause récente de ce dispositif, qui est en cours de rétablissement, la CFE était **le seul organisme à permettre de porter au compte retraite (en tant que « périodes assimilées ») les périodes indemnisées au titre de la maternité, l'invalidité et l'incapacité professionnelle, à condition que l'adhérent cotise simultanément au risque vieillesse et aux risques maladie et AT MP**. Cet état de fait crée une forte incitation à s'affilier à la CFE pour tous les risques (cf. *infra* : sur les 100 principales entreprises mandataires de la CFE<sup>78</sup>, 73 assurent leurs salariés pour l'ensemble des risques proposés par la CFE, 12 pour deux risques et 15 pour un seul risque).

L'offre de la CFE sur les risques MMI et AT MP se distingue également d'un part par la prise en charge des soins reçus en France à l'occasion de séjours de courte durée (inférieurs à 3 mois, une option payante permet d'étendre cette durée à 6 mois) et d'autre part par la non application du délai de carence<sup>79</sup> pour l'affiliation au régime général (santé, délai de carence de 3 mois et AT MP délai de carence de 12 mois) lors du retour en France.

**Néanmoins, les entreprises se voient proposer, en alternative à la CFE, des solutions au 1<sup>er</sup> euro qui s'alignent sur les avantages offerts par la CFE pour les risques maladie et AT MP (sous réserve de la validation des périodes assimilées) :**

- l'avantage commercial lié à la non application du délai de carence se réduit à mesure que s'étoffe le réseau des pays avec lesquels le régime général de sécurité sociale français est lié par une convention de sécurité sociale (41 pays en 2015), qui prévoit que le délai de carence ne s'applique pas (il ne s'applique pas non plus dans le cadre du système de coordination des systèmes de sécurité sociale dans l'EEE) et que certains organismes **maintiennent une continuité d'affiliation pour la durée du délai de carence** dans le cadre de leurs offres au 1er euro<sup>80</sup> ;
- **les organismes concurrents de la CFE proposent également la prise en charge des soins reçus en France à l'occasion de courts séjours** dans le cadre de leurs offres au 1er euro<sup>81</sup> ;
- enfin certains organismes (Henner, Malakoff Mederic<sup>82</sup>) **proposent des contrats au 1er euro avec des prestations « équivalents sécurité sociale »** pour permettre une continuité d'application des contrats de prévoyance groupe (évitant ainsi de souscrire une offre CFE et complémentaire sur ce risque).

Par ailleurs, la plupart des entreprises rencontrées par la mission a souligné que les organismes privés présentent, dans la délivrance des services, un avantage sur les offres proposées en complément CFE (dématérialisation des procédures, délais de remboursements plus courts, conditions d'affiliation des ayants droits moins restrictives ; maintien des avances de frais en situation d'arriéré de cotisation).

<sup>78</sup> Qui représentent 70 % des salariés rattachés adhérents de la CFE.

<sup>79</sup> Article R. 313-2 du code de la sécurité sociale. Les salariés à nouveau affilié au régime général doivent normalement justifier d'un certain nombre d'heures de travail pour pouvoir bénéficier des prestations en nature (remboursement des frais médicaux) et des prestations en espèces (indemnités journalières) de l'assurance maladie.

<sup>80</sup> Conditions générales du contrat santé Expatriés d'AXA, solution au 1<sup>er</sup> euro, voir Annexe II.

<sup>81</sup> Conditions générales du contrat santé Expatriés d'AXA, solution au 1<sup>er</sup> euro, voir article 5.

<sup>82</sup> Cf. la formule « prévoyance sécurité sociale ».

### 3.2 Les tarifs pratiqués par la CFE sont, par rapport aux offres au 1<sup>er</sup> euro et compte tenu des abattements commerciaux accordés aux entreprises mandataires, compétitifs

#### 3.2.1 Les offres individuelles en complément CFE présentent des tarifs plus compétitifs (-40 %) que les offres au 1<sup>er</sup> euro.

La simulation tarifaire réalisée sur quatre offres de protection en direction d'un salarié expatrié à titre individuel révèle que les offres au 1<sup>er</sup> euro (800 € et 947 € de prime mensuelle pour un salaire de 4 200 € net par mois) proposent des tarifs, pour un niveau de protection comparable, significativement supérieurs (+40 %) aux offres construites en complément de la CFE (629 € et 616 €).

La répartition des cotisations dans une offre en complément CFE se fait quasiment à parité entre la CFE (301 €/mois) et son partenaire assurant la couverture complémentaire (315 € et 328 € par mois). On peut dès lors estimer que le chiffre d'affaires capté par le partenaire dans le cadre d'une offre au 1<sup>er</sup> euro est près du double de celui réalisé dans le cadre d'une offre en complément CFE.

**En conclusion, les offres en complément CFE sont, sur le plan tarifaire, compétitives, ce qui peut participer de leur attractivité et laisse envisager une marge de progression tarifaire pour la CFE dans l'hypothèse où elle devrait rééquilibrer ses comptes. Les offres construites en complément CFE représentent, par rapport aux offres au 1<sup>er</sup> euro et du point de vue du partenaire, un renoncement, pour une part significative, au chiffre d'affaires.** Toutefois, la répartition de leur activité entre contrats au 1<sup>er</sup> euro (80 % du portefeuille de couverture des expatriés) et contrats en complément CFE (20 %) est telle que la caisse est davantage considérée comme un partenaire que comme un concurrent.

Un organisme intervenant dans le secteur des assurances a communiqué à la mission les tarifs proposés, dans le cadre d'un appel d'offre lancé par une entreprise, pour deux types de contrats collectifs, l'un en complément CFE, l'autre au 1<sup>er</sup> euro. L'offre en complément CFE présente, en incluant les cotisations versées à la caisse, un surcôt de l'ordre de 21 % par rapport à l'offre au 1<sup>er</sup> euro, après application par la CFE des abattements commerciaux<sup>83</sup>. La compétitivité des tarifs des offres au 1<sup>er</sup> euro dans le cadre des contrats collectifs accentuerait encore la sensibilité des entreprises à un rehaussement des cotisations CFE.

Les « perspectives du marché de l'assurance prévoyance » de février 2014<sup>84</sup> montrent en outre que les tarifs de la CFE<sup>85</sup> (+24% entre 2005-2013 pour tous les risques, +10 % sur la même période pour la seule assurance santé) ont relativement moins progressé que les tarifs pratiqués dans le secteur en assurance santé (+44.5% sur la période 2005-2013).

<sup>83</sup> La comparaison est établie sans tenir compte des frais de courtage et de gestion, qui sont de même montant dans le cadre d'une offre au 1<sup>er</sup> euro et d'une offre en complément CFE.

<sup>84</sup> Etude Xerfi, les assureurs en France, « Perspectives du marché de l'assurance prévoyance », février 2014.

<sup>85</sup> Tarifs communiqués par le FONJEP (affiliation pour tous les risques MMI, AT MP, Vieillesse, option indemnités journalières, trajet).

**Encadré 1 : Profil d'adhérents et garanties retenues dans le cadre de la simulation tarifaire**

La simulation tarifaire présentée infra repose sur le profil suivant :

Un homme de 40 ans, salarié.

Salaire brut annuel 84 000€(soit 50 000€net par an) ; cotisant à la catégorie 1 de la CFE.

Expatriation envisagée au Canada

**Garanties proposées :****CFE**

MMI (prise en charge à 100 % des frais réels dans le respect des plafonds de remboursement du régime général) (200€/mois)

*Pas de souscription à l'option prise en charge des soins dispensés en France sur une période de 3 à 6 mois (63 €/mois) ;*

Options indemnités journalières maladie maternité décès (21 €/mois) ;

Cotisations AT – pas d'option voyages expatriation (80,5 €/mois)

Vieillesse (553€/mois)

TOTAL hors vieillesse : 301,5€/mois

**Humanis – complément CFE (pack expat)**

Garantie responsabilité civile, rapatriement, assistance juridique

Complémentaire frais de santé (285 €/mois) ;

Décès et Invalidité Absolue et Définitive (IAD) - Capital décès garanti à 150 % du salaire (taux  $150\% \times 0.28 \times \text{salaire}$ ) (29,4 €/mois) ;

Pas d'indemnité journalière invalidité permanente et incapacité temporaire -

Complémentaire retraite (CFE IRCAFEX) (1 209€/mois) ;

TOTAL hors vieillesse : 315€/mois **soit 616€/mois en comptant les cotisations CFE**

**Henner -complément CFE (expat duo pack sérénité)**

Complémentaire frais de santé (278 €/mois)

Capital décès garanti (2 fois le capital CFE) (7.13€)

**Complément indemnités journalières (franchise 30 jours) (42€/mois)**

TOTAL hors vieillesse : 327€/mois **soit 629€/mois en comptant les cotisations CFE**

**April- Offre au 1er euro 800€/mois**

Complémentaire santé avec un niveau de couverture medium (100 % des frais réels d'hospitalisation ; ambulatoire ; optique ; dentaire, plafond de frais de santé de 1,5 M€) ; (592 €/mois)

option assistance rapatriement (27,5 €/mois)

option responsabilité civile et assistance juridique ; (19€)

capital décès ou IAD (150 000€, doublement en cas d'accident) ; (79 €)

indemnités journalières incapacité temporaire /arrêt de travail (62€ par jour avec franchise de 60 jours) ; (83 €) ;

**MSH first expat indice 60 (ASFE) 947€/mois**

*(le détail des primes associées à chacune des options n'est pas disponible)*

Complémentaire santé avec un niveau de couverture medium (100 % des frais réels d'hospitalisation ; ambulatoire ; optique ; dentaire, plafond de frais de santé de 0,9 M€) ;

Assistance juridique et rapatriement

capital décès ou invalidité

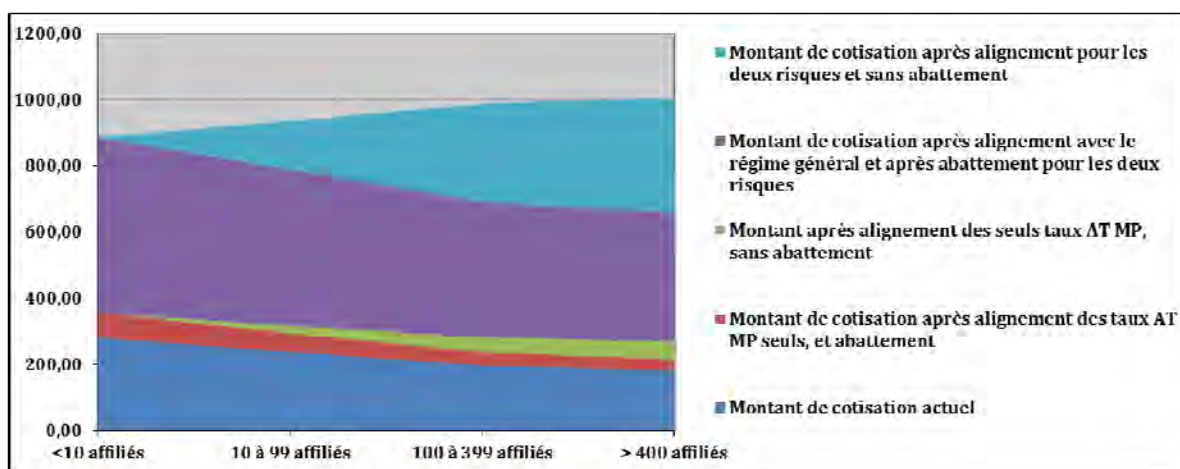
indemnités journalières ou rente d'invalidité

capital infirmité permanente par accident

*Source : Simulation tarifaire : Mission.*

L'hypothèse d'un alignement des taux de cotisation de la CFE avec le régime général provoquerait un surcoût très élevé pour les adhérents de la caisse, qui conduit à écarter ce scénario. L'hypothèse d'un alignement des taux de cotisation de la CFE avec ceux du régime général présente, dans l'hypothèse la plus favorable d'un alignement des seuls taux du risque AT MP avec ceux du régime général, et en conservant le même niveau d'abattement que celui pratiqué actuellement, un surcoût pour les entreprises affiliant plus de 400 risques de l'ordre de +18 % du montant actuel de cotisation. Ce surcoût serait de +48 % si la possibilité ne devait plus être offerte à la CFE de proposer des abattements tarifaires sur le risque AT MP.

Graphique 2 : Quatre scénarios d'évolution des taux de cotisation AT MP et MMP – montant de cotisation en €/mois



Source : Taux de cotisation AT MP et MMI au 1er juillet 2015 : CFE. Calculs : Mission.

Tableau 6 : Simulations tarifaire –montant des cotisations mensuelles, en € (2015)

	MSH First expat indice 60	APRIL "ambassade" medium	Henner		Humanis	
			CFE	Compl.	CFE	Compl.
MMI	Nc*	592,00	200,00	278,33	200,00	285,50
Indemnités journalières MMI	Nc		21,00	42,00	21,00	
Vieillesse	Nc		553,00		553,00	
ATMP	Nc		80,50		80,5	
Capital décès et IAD	Nc	78,75		7,13		29,42
Indemnités journalières ITIP	Nc	82,93				0,00
Option voyage d'expatriation	Nc	27,50				
Responsabilité civile assistance juridique	Nc	19,00				
Vieillesse complémentaire	Nc					1 209,08
<b>TOTAL hors vieillesse</b>	<b>947,17</b>	<b>800,18</b>	<b>301,50</b>	<b>327,47</b>	<b>301,50</b>	<b>314,92</b>

Source : Mission.

Nota Bene : Compl. : assurance complémentaire ; \* : non communiqué.

### 3.2.2 Les abattements de cotisation offerts pour des raisons commerciales aux entreprises mandataires de la CFE permettraient de diminuer de l'ordre de -8 % à -20 % le montant de cotisation CFE qu'elles acquittent (entre -4 % et -10 % du cout total de la couverture CFE + complémentaire)

Les entreprises mandataires bénéficient de deux types d'abattement de cotisations sur les risques MMI et ATMP :

- un abattement qui correspond à un taux de cotisation dégressif sur le risque MMI en fonction du nombre de salariés mandatés par l'entreprise. Le taux de cotisation appliqué aux entreprises avec plus de 400 salariés mandatés est inférieur de -27 % à celui des entreprises avec moins de 10 salariés mandatés sur le risque MMI ;
- un abattement de -25 % sur le taux de cotisation AT MP, quelle que soit le nombre de salariés mandatés par l'entreprise, visant à tenir compte du risque de sinistralité
- un abattement sur le taux de cotisation ATMP (dès lors que le mandataire souscrit aux deux risques (MMI et ATMP) simultanément, abattement qui est progressif en fonction du nombre de salariés mandatés (-29 % pour les entreprises affiliant entre 100 et 399 risques ; -41 % pour les entreprises affiliant plus de 400 risques). Le taux de cotisation des entreprises avec plus de 400 salariés mandatés est inférieur de -30 % à celui des entreprises avec moins de 10 salariés mandatés sur le risque AT MP en cas de souscription aux deux risques.

Tableau 7 : Abattements de cotisations octroyés par la CFE aux entreprises mandataires sur les risques MMI et AT MP (en % du taux le plus élevé pratiqué)

Taille du mandat	< 10 adhérents	10 à 99 adhérents	100 à 399 adhérents	Au moins 400 adhérents
Taux de cotisation MMI	6,30	5,60	4,85	4,60
<i>Taux d'abattement</i>	0,00	-11,11	-23,02	-26,98
Taux de cotisation AT MP (seule)	1,15	1,15	1,15	1,15
Taux de cotisation ATMP avec souscription MMI	1,15	1,15	0,90	0,80
<i>Taux d'abattement global</i>	0,00	-9,40	-22,82	-27,52
Taux de cotisation ATMP avec ristourne et avec souscription MMI	1,15	0,86	0,61	0,51
<i>Taux d'abattement global</i>	0,00	-13,29	-26,71	-31,41

Source : CFE. Taux de cotisation en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013. MDT : mandataire, taille exprimée en nombre de salariés mandatés à la CFE.

**Les abattements de cotisation sont concentrés, au regard du montant de cotisations recouvrées, sur le risque AT MP (40 % des abattements pour 13 % des cotisations en 2013).**

L'abattement de cotisation moyen par adhérent pour les entreprises mandataires affiliant plus de 400 risques était en 2013 de **60,5 €/mois**, soit, dans le cadre de la simulation présentée infra pour un salarié de 40 ans adhérent individuel avec un salaire annuel brut de 84 000€, **une baisse de l'ordre de 10 % du montant total des cotisations mensuelles MMI et AT-MP** (qui seraient comprises, pour les deux offres en complément CFE, entre 616 € et 629 €, **soit 20 % de la seule partie CFE**). Cette ristourne commerciale représenterait 4 % du montant total des cotisations dues pour les entreprises affiliant entre 100 et 399 risques et 8 % du montant total des cotisations calculées pour les entreprises affiliant entre 10 et 99 adhérents<sup>86</sup>.

<sup>86</sup> Les entreprises mandataires affiliant entre 10 et 99 risques ont bénéficié en 2013 d'un abattement moyen par adhérent de -277€ soit une baisse de -8 % du montant de leur seule cotisation CFE et les entreprises affiliant entre 100 et 399

En théorie, et en appliquant le maximum de ristourne prévu au titre des deux risques MMI et AT MP, les abattements seraient de l'ordre de **-16 % de la cotisation mensuelle dans le cadre d'une offre CFE + complémentaire** (-35 % des cotisations CFE seule) pour les entreprises de plus de 400 risques affiliés. (cf. Tableau 8 : Abattements tarifaires pour un salarié cotisant dans la catégorie 1 au risque maladie et cotisant sur la base de 84 000€ annuels au risque AT-MP).

Tableau 8 : Abattements tarifaires pour un salarié cotisant dans la catégorie 1 au risque maladie et cotisant sur la base de 84 000€ annuels au risque AT-MP

Taille du mandat	< 10 adhérents	10 à 99 adhérents	100 à 399 adhérents	Au moins 400 adhérents
Taux de cotisation MMI (en %)	6,30	5,60	4,85	4,60
Cotisation due (en €)	199,71	177,52	153,75	145,82
Taux de cotisation AT MP (seule)	1,15	1,15	1,15	1,15
Taux de cotisation ATMP avec ristourne et souscription MMI (en %)	1,15	1,15	0,61	0,51
Cotisation due (en €)	80,5	60,2	42,7	35,7
Total cotisations MMI et AT-MP (en €)	280,21	237,72	196,45	181,52
Ecart (en €)	NS	-42,49	-83,76	-98,69
Taux d'abattement	NS	-15%	-30%	-35%

Source : CFE. Taux de cotisation en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2013. MDT : mandataire, taille exprimée en nombre de salariés mandatés à la CFE. NP : non pertinent.

### 3.2.3 Le principe de neutralité fiscale et sociale de l'expatriation induit pour les entreprises un surcoût spécifique lié à l'intégration des cotisations CFE dans l'assiette imposable.

Les cotisations CFE ne sont pas déductibles de l'assiette imposable<sup>87</sup>. Cet état de fait induit un surcoût pour les entreprises mandataires qui s'engagent généralement (c'est le cas de l'ensemble de celles rencontrées par la mission dans le cadre de la réunion avec le Cindex) à garantir la neutralité fiscale lors de l'expatriation, c'est-à-dire à prendre en charge l'écart entre la retenue égale au montant d'impôt que le salarié aurait dû payer dans son pays d'origine et l'impôt réel dû dans le pays d'expatriation.

Dans un rapport de 2007 relatif à la mobilité internationale des salariés<sup>88</sup> Eric Aubry et Jean-François Chevallereau, « Analyse des difficultés rencontrées par les salariés et les entreprises au regard des textes régissant la mobilité internationale au sein d'un même groupe », IGAS, 2007, la

---

risques ont bénéficié la même année d'un abattement moyen par adhérent de -618 €, soit une baisse de -17 % de leur seule cotisation CFE.

<sup>87</sup> Dans une réponse à la question posée par le sénateur Cantegrit (question écrite n°22542 du 06/04/2006), le ministre chargé du budget (réponse, JO Sénat 25/01/2007) a fait valoir que « En application des dispositions de l'article 197 A du code général des impôts et contrairement aux personnes fiscalement domiciliées en France qui sont soumises à l'impôt sur l'ensemble de leurs revenus, qu'ils soient de source française ou de source étrangère, les personnes fiscalement non résidentes de France sont imposables sur leurs seuls revenus de source française, sous réserve des dispositions des conventions internationales, ce qui restreint la progressivité de l'impôt sur le revenu. C'est pour tenir compte de cette différence objective de situation entre résidents et non-résidents que, conformément à l'article 164 A du code précité, les personnes qui n'ont pas leur domicile fiscal en France, et qui sont soumises de ce fait à une obligation fiscale limitée, ne peuvent déduire aucune charge de leur revenu. Ces règles de portée générale s'appliquent à l'ensemble des charges déductibles du revenu global. Il n'est pas envisagé d'y déroger pour les seules cotisations versées à la caisse des Français de l'étranger susceptibles d'être déduites du revenu net global sur le fondement du 4° du II de l'article 156 du code déjà cité ».

<sup>88</sup> Eric Aubry et Jean-François Chevallereau, « Analyse des difficultés rencontrées par les salariés et les entreprises au regard des textes régissant la mobilité internationale au sein d'un même groupe », IGAS, 2007.



société Total a présenté une simulation du coût total (y compris social et fiscal) d'un salarié expatrié selon différentes solutions d'expatriation (cf. infra) concluant à ce que la garantie de neutralité fiscale présente, pour un salaire de base de 90 000 €/an, un surcoût de l'ordre de **+21 %**.

Graphique 3 : Coût fiscal-social de l'expatriation – TIG de TOTAL simulation au 26/01/2007

Situation familiale : Marié 2 enfants Pays d'affectation : France Nationalité : Congo Monnaie : Euro		simulations 26.01.2007				
		Expatriation et affiliation S.S France			Détachement S.S du Congo vers la France (3)	Détachement S.S du RU vers la France (4)
		Détachement S.S en France Via TGI	avec garantie du maintien du net social/fiscal (1) avec fonds retraite	sans garantie du net social/fiscal (2)		
Salaire de base	90 000,00	90 000,00	90 000,00	90 000,00	73 212,00	103 417,00
Rémunération Brute (1)	115 224,00	146 247,00	142 833,00	115 224,00	140 785,00	130 687,00
Cotis. Soc. Sal. CH-CG-UK	-8 640,00	-5 940,00	-3 240,00	-5 940,00	-5 716,00	-9 738,00
Cotis.Soc. Sal. F	0,00	-33 723,00	-33 162,00	-28 622,00	0,00	0,00
Impôt Hypothétique (2)	-13 092,00	-13 092,00	-13 092,00	-13 092,00	-41 572,00	-27 457,00
Net social / fiscal	93 492,00	93 492,00	93 492,00	67 570,00	93 492,00	93 492,00
Coût société (3)	189 509,00	271 756,00	255 955,00	224 944,00	181 499,00	205 882,00
Variation		43,40%	35,06%	18,70%	-4,23%	8,64%
		(1) avec garantie maintien du net social /fiscal + maintien GMCI / Ass. Vie Invalidité / Fonds de retraite complémentaire	(1bis) avec garantie maintien du net social /fiscal + maintien GMCI / Ass. Vie Invalidité / sans maintien retraite complémentaire	(2) sans garantie maintien du net social /fiscal + maintien GMCI / Ass. Vie Invalidité / Fonds de retraite complémentaire	(3) avec garantie maintien du net social /fiscal + maintien GMCI / Ass. Vie Invalidité / Fonds de retraite complémentaire (3%)	(4) avec garantie maintien du net social /fiscal Couverture sociale UK

(1) : Salaire de base auquel sont ajoutés un ajustement de salaire international, une prime de mobilité, une indemnité de conservation de logement, une indemnité du coût de la vie  
 (2) : Déduction d'un impôt calculé sur la base de l'impôt que le salarié aurait acquitté, dans son pays de détachement, en fonction de son niveau de revenu et de sa situation familiale, l'impôt réel étant versé par TGI aux services de recouvrement du pays d'accueil

(3) : Y compris fiscalité, logement, scolarité, contribution sociale patronale)

Source : TIG, 2007. Rapport Aubry, Chevallereau, IGAS.





## **ANNEXE 10 – LA MODULATION DES COTISATIONS ET LES ABATTEMENTS AU BENEFICE D'ENTREPRISES MANDATAIRES DANS LE CADRE DES ASSURANCES VOLONTAIRES GEREES PAR LA CFE**

<b>1</b>	<b>LA DIVERSITE DE LA GRILLE TARIFAIRE DE LA CFE S'EXPLIQUE PAR LA DIVERSITE DES SOURCES QUI LA REGISSENT MAIS EST PREJUDICIABLE A SA LISIBILITE.....</b>	<b>134</b>
1.1	De nombreux textes législatifs et réglementaires encadrent la modulation des cotisations de la caisse.....	134
1.1.1	Textes encadrant les assurances volontaires de base.....	134
1.1.2	Textes encadrant la prise en charge de cotisations par la CFE .....	135
1.1.3	Textes encadrant les assurances volontaires supplémentaires .....	135
1.2	Cette multiplicité de mesures dérogatoires favorise une très grande liberté de la Caisse dans la fixation de ses cotisations.....	135
<b>2.</b>	<b>LES DIFFERENCES D'ASSIETTE ET SURTOUT DE TAUX DE COTISATION ENTRE LES ASSURANCES VOLONTAIRES DES FRANÇAIS DE L'ETRANGER ET LE REGIME GENERAL FRANÇAIS SONT JUSTIFIEES PAR LE CARACTERE SPECIFIQUE DE LA CFE .....</b>	<b>136</b>
<b>3.</b>	<b>BIEN QUE JUSTIFIES AU REGARD DE L'IMPORTANCE DES SALAIRES POUR L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA CAISSE, LES ABATTEMENTS FINANCIERS ACCORDES AUX ENTREPRISES MANDATAIRES APPARAISSENT INSUFFISAMMENT CIBLES AUTOUR DES PME .....</b>	<b>137</b>
3.1	Atteignant déjà plus de 21 millions d'euros en 2012, les abattements de cotisations continuent à progresser de 10% au cours des deux derniers exercices.....	137
3.2	Cette pratique se justifie par l'apport financier des entreprises mandataires à la caisse, qui atteint 31 millions d'euros en 2014.....	138
3.3	Les abattements de cotisations avantagent largement les grandes et moyennes entreprises.....	138
3.3.1	Les sociétés mandataires de plus de 400 risques ainsi que les ETI bénéficient de beaucoup plus d'abattements que les PME .....	138
3.3.2	La CFE doit réorienter cette politique d'abattements vers les plus petites sociétés .....	139
3.4	La déduction collective des taux de cotisation d'assurance volontaire AT-MP au motif de la souscription simultanée en maladie-maternité-invalidité est dépourvue de base législative.....	141

La diversité des règles de taux et d'assiette applicables aux cotisations de la CFE affecte la lisibilité de sa grille tarifaire. Bien qu'elle se justifie au regard de la participation décisive des salariés à l'équilibre économique de la caisse, la politique d'abattement de cotisations accordés aux grandes entreprises mandataires de plus de dix adhérents complexifie encore sa lecture.

## 1. LA DIVERSITE DE LA GRILLE TARIFAIRE DE LA CFE S'EXPLIQUE PAR LA DIVERSITE DES SOURCES QUI LA REGISSENT MAIS EST PREJUDICIABLE A SA LISIBILITE

### 1.1 De nombreux textes législatifs et réglementaires encadrent la modulation des cotisations de la caisse

#### 1.1.1 Textes encadrant les assurances volontaires de base

Assurance	Principe	Déclinaison
Assurance volontaire vieillesse des salariés	L. 742-3 CSS	R. 742-4 CSS (invalidité-vieillesse) + arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget (plafond de cotisation) R. 742-6 CSS (assiette pour l'invalidité-vieillesse-veuvage ou vieillesse-veuvage) + arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget (taux) R. 742-34 CSS (classe de cotisation)
Assurance volontaire invalidité parentale (personne chargée de famille)	L. 742-3 CSS	R. 742-4 CSS et R. 742-6 CSS (via D. 742-5 CSS) + arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget R. 742-21-2 CSS (assiette forfaitaire) + arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget (taux)
Assurance volontaire vieillesse des non salariés non agricoles	L. 742-8 CSS	+ Arrêté ministériel (montant forfaitaire du versement annuel) D. 742-24 CSS + arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget (pour les professions artisanales, industrielles et commerciales)
Assurance volontaire AT-MP	L. 743-1 CSS	R. 743-2 CSS (qui renvoie à l'article L. 742-1 CSS relatif à l'assurance volontaire vieillesse des salariés lorsque celle-ci est aussi souscrite par le même adhérent)
Assurance volontaire maladie-maternité-invalidité des salariés	L. 762-3 CSS (catégories de cotisants)	D. 762-2 CSS (assurance volontaire maladie-maternité-invalidité) : taux et abattements
Assurance volontaire AT-MP des salariés	L. 762-3 CSS (catégories de cotisants ; ristournes AT-MP)	D. 762-3 CSS (assurance volontaire AT-MP) : taux et abattements D. 762-4 à et D. 762-7 CSS (assurance volontaire AT-MP) : ristournes sur les taux
Assurance volontaire maternité-maternité des non-salariés	L. 763-4 CSS	D. 763-1 CSS : assiette D. 763-3 CSS : taux
Assurance volontaire maternité-maternité des pensionnés	L. 764-4 CSS (assiette : les avantages français de retraite) L. 764-5 : assiette	D. 764-1 CSS : taux de droit commun D. 764-2 : taux en cas d'assiette forfaitaire réduite

	forfaitaire réduite	
Assurance volontaire maladie-maternité pour d'autres assurés	L. 765-6 CSS L. 765-7 CSS L. 765-8 CSS L. 765-2-1 CSS (étudiants)	D. 765-2-1 CSS (cotisations des étudiants) D. 765-2 CSS (cotisations des autres assurés volontaires) D. 765-1 CSS : catégories de cotisants

### 1.1.2 Textes encadrant la prise en charge de cotisations par la CFE

Assurance	Principe	Déclinaison
Catégorie 3 aidée, financée par l'action sanitaire et sociale de la CFE	L. 766-2-3 CSS	D. 766-7-1 CSS : convention entre l'Etat et la CFE
Ristourne sur la cotisation d'assurance maladie-maternité-invalidité ou maladie-maternité	L. 766-2-4 CSS	D. 766-7 CSS : taux de ristourne

### 1.1.3 Textes encadrant les assurances volontaires supplémentaires

Assurance	Principe	Déclinaison
Assurances volontaires supplémentaires des salariés (indemnités journalières et capital décès)	D. 762-2-1 CSS	Assiette : D. 762-2-2 CSS (alignement sur l'assurance volontaire maladie-maternité-invalidité) Taux : D. 762-2-9 CSS (arrêté ministériel)
Assurance volontaire supplémentaire des salariés (accident de trajet France-domicile à l'étranger)	D. 762-8 CSS	D. 762-11 CSS + arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget
Assurance volontaire supplémentaire maladie-maternité (prestations en nature pendant un séjour temporaire en France)	D. 766-28 CSS	D. 766-29 CSS : taux

## 1.2 Cette multiplicité de mesures dérogatoires favorise une très grande liberté de la Caisse dans la fixation de ses cotisations

Les mesures dérogatoires au droit commun du régime général, autorisées par le cadre légal de la CFE, sont nombreuses et gagneraient à être mieux encadrées.

Au final, la CFE dispose d'une grande variété de techniques de minoration des cotisations dues à :

- La segmentation en classes de cotisation (avec forfaitisation des cotisations dans la limite d'un plafond égal à un pourcentage – 1/3 ; 50% ; 100% –, du plafond de la sécurité sociale)
- La forfaitisation directe de la cotisation (notamment en-deçà d'un plancher)
- La fixation d'un montant réduit de cotisation
- L'application d'un abattement (exprimée en points de cotisation)
- L'application d'une ristourne (proportionnelle au taux de cotisation)
- La prise en charge par la CFE d'une partie de la cotisation (catégorie 3 dite aidée)

- Le renvoi pur et simple (pour les assurances volontaires supplémentaires) à un arrêté ministériel fixant le taux de cotisation, sans principe directeur législatif ou réglementaire

## 2. LES DIFFERENCES D'ASSIETTE ET SURTOUT DE TAUX DE COTISATION ENTRE LES ASSURANCES VOLONTAIRES DES FRANÇAIS DE L'ÉTRANGER ET LE RÉGIME GÉNÉRAL FRANÇAIS SONT JUSTIFIÉES PAR LE CARACTÈRE SPÉCIFIQUE DE LA CFE

Les assurances gérées par la CFE ouvrent droit aux mêmes droits ou prestations que le régime général français, mais se caractérisent par des règles d'assiette et de taux nettement plus avantageuses, à l'exception de l'assurance volontaire vieillesse. Pour cette dernière, les règles applicables se rapprochent très fortement de celles du régime général français<sup>89</sup>, amenant une quasi égalité de traitement entre assurés volontaires et assurés obligatoires. En outre, pour le risque vieillesse, le niveau des pensions servies dépend directement des cotisations des assurés.

En revanche, les règles des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité des Français de l'étranger se caractérisent par un degré de contributivité nettement moindre qu'au régime général :

- l'écart entre taux de droit commun à la CFE et au régime général est de -4,7 points pour l'assurance maladie-maternité-invalidité (MMI) à périmètre comparable (prestations en nature y compris lors de courts séjours en France, prestations en espèces) et de -0,88 point (en moyenne) pour l'assurance AT-MP avec l'option trajet ;
- l'assiette des cotisations MMI CFE est plafonnée (forfait trimestriel) alors que l'assiette des cotisations MMI au régime général est entièrement déplafonnée, ce qui est favorable aux adhérents aux revenus élevés ;
- les salariés d'entreprises ou de groupes affiliant entre 100 et 399 de leurs salariés ou, a fortiori, au moins 400 salariés, se voient accorder des réductions importantes de taux de cotisation, à la fois pour l'assurance volontaire MMI et pour l'assurance volontaire AT-MP.

L'application des règles d'assiette et de taux amenant un niveau de cotisations moindre à la CFE par rapport au régime général peut sembler d'une manière générale justifiée au regard de plusieurs facteurs : la volonté de minimiser le coût global pour l'assuré ou son employeur, compte tenu du coût de l'assujettissement obligatoire des Français de l'étranger aux régimes obligatoires de sécurité sociale des pays de résidence ; la situation concurrentielle de la CFE qui est gestionnaire d'assurances volontaires ; le caractère excédentaire des assurances volontaires MMI et AT-MP qui peut justifier une diminution des cotisations.

L'écart de contributivité qui conduit à des niveaux de cotisation sensiblement plus faibles à la CFE par rapport au régime général français ne paraît toutefois pas susceptible de compromettre le respect des principes d'égalité devant la loi et d'égalité devant les charges publiques, consacrés respectivement aux articles 6 et 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789.

En effet, les assurés volontaires de la CFE et les assurés obligatoires du régime général sont placés dans des situations différentes qui justifient, selon la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel, l'application de règles différentes. Ainsi, même si les prestations servies par la CFE sont alignées par construction sur celles du régime général, les classes et taux de cotisation des assurances volontaires MMI et AT-MP sont déterminées en fonction de l'équilibre comptable de la CFE, compte tenu de niveaux de dépenses moindres qu'au régime général ce qui autorise des niveaux de contribution plus faibles.

<sup>89</sup> Les différences portent sur le plafonnement total des cotisations CFE et sur l'existence de 4 classes de cotisations à la CFE (calquées sur le régime des assurances volontaires vieillesse des résidents français), composant un barème articulé au niveau du salaire ; les droits acquis à la retraite du régime général dépendent des cotisations versées à la CFE.

Il convient toutefois d'être vigilant quant au poids (50%) des soins dispensés en France parmi les dépenses de soins prises en charge par l'assurance volontaire MMI. Les Français de l'étranger affiliés à la CFE bénéficient du remboursement de leurs soins en France lors de courts séjours, de moins de 3 mois sans cotisation supplémentaire, voire également de 3 à 6 mois moyennant la souscription d'une option tarifaire supplémentaire. L'attention des autorités de tutelle est appelée sur le risque lié au développement de ces pratiques dans la mesure où celles-ci pourraient fragiliser l'argument de la différence de situation entre assurés CFE et assurés du régime général.

D'autres règles dérogatoires relatives à l'assiette et aux taux de cotisation AT-MP de la CFE ne paraissent pas soulever de difficulté juridique :

- les salariés affiliés à l'assurance volontaire AT-MP peuvent choisir leur niveau de couverture à l'intérieur d'une fourchette comprise entre ½ et 4 plafonds annuels de la sécurité sociale, ce qui est à comparer avec une cotisation assise sur le salaire total au régime général français. Cette faculté de choix, qui se traduit par des prestations proportionnelles au niveau de la cotisation CFE, n'apparaît pas induire de disparités de traitement entre assurés CFE et assurés du régime général ;
- les ristournes de l'assurance volontaire AT-MP au titre de la faible sinistralité se situent dans la même logique que la modulation des cotisations AT-MP du régime général selon la sinistralité (par secteur et le cas échéant en fonction de la situation particulière de l'entreprise) et peuvent être regardées comme légitimes dans leur principe et leur proportion (-25% maximum).

### **3 BIEN QUE JUSTIFIES AU REGARD DE L'IMPORTANCE DES SALAIRES POUR L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA CAISSE, LES ABATTEMENTS FINANCIERS ACCORDES AUX ENTREPRISES MANDATAIRES APPARAISSENT INSUFFISAMMENT CIBLES AUTOUR DES PME**

#### **3.1 Atteignant déjà plus de 21 millions d'euros en 2012, les abattements de cotisations continuent à progresser de 10% au cours des deux derniers exercices**

La politique d'abattements de cotisations constitue un atout concurrentiel important face à des assureurs privés, tout en étant une pratique coûteuse pour la CFE.

En 2014, son coût direct atteignait ainsi plus de 23,3 M €, majoritairement du fait de l'assurance maladie (14 M €, soit 60% du total) et dans une moindre mesure du risque ATMP avec un peu plus de 9 M €.

Ce montant de 23,3 M € représente plus de 13% du total des cotisations perçues par la caisse, et près de 40% des cotisations du risque accidents du travail (9,2 M € d'abattements sur 23,4 M € de cotisations annuelles), qui est le premier risque concerné par cette pratique. Concernant le risque maladie-maternité-invalidité-décès, les abattements représentent 10% des cotisations.

Tableau 1 : Montant des abattements de cotisations en 2014 rapporté au total des cotisations par branche (en €)

	Risque MMI	Risque ATMP	Total
Montant des abattements en 2014 (en €)	14.058.741	9.247.119	23.305.860
Part dans le total des abattements en 2014 (en %)	60	40	100
	Risque MMI	Risque ATMP	Total
Montant des cotisations en 2014 (en €)	152 982 072	23.411.432	176.393.504
Part dans le total des cotisations en 2014 (en %)	86,7	13,3	100
Ratio montant des abattements sur cotisations en 2014 (en %)	9,2	39,5	13,2

Source : Données CFE. Abattements de cotisations d'entreprises mandataires.

### 3.2 Cette pratique se justifie par l'apport financier des entreprises mandataires à la caisse, qui atteint 31 millions d'euros en 2014

Le montant de l'écart technique consolidé (montant des cotisations – montant des prestations versées) des salariés d'entreprises mandataires atteint, en 2014, près de 31 M€ pour les deux risques. Le montant total des abattements de cotisation (23 M€ en 2014) représente en 2014 l'équivalent de 74% de l'écart technique consolidé des entreprises mandataires, contre 152 % de l'écart technique consolidé en 2012.

En effet, sur la période 2012-2014, l'écart technique consolidé des entreprises mandataires a augmenté beaucoup plus vite (+ 126,6 % entre 2012 et 2014, soit de 14 millions d'euros à 31 millions d'euros) que les abattements (+ 10,6 %)

Tableau 2 : Ecart technique consolidé des entreprises mandataires sur les risques MMI et ATMP entre 2012 et 2014 (en €)

	2012	2014	Evolution 2012-2014 (en %)
Ecart technique consolidé du risque maladie des entreprises mandataires	12.519.844	18.773.252	49,9
Ecart technique du risque ATMP des entreprises mandataires	1.296.725	12.528.692	866,2
Ecart technique total des entreprises mandataires	13.816.569	31.301.944	126,6
Abattements de cotisations des entreprises mandataires	21.066.121	23.305.860	10,6
Ratio abattements de cotisations / écart technique total des entreprises mandataires (en %)	152	74	

Source : Données CFE. Abattements de cotisations d'entreprises mandataires.

### 3.3 Les abattements de cotisations avantagent largement les grandes et moyennes entreprises

#### 3.3.1 Les sociétés mandataires de plus de 400 risques ainsi que les ETI bénéficient de beaucoup plus d'abattements que les PME

Si les sociétés de plus de 400 adhérents représentent 42% des adhérents bénéficiaires d'abattements, elles bénéficient en revanche de 52% du montant total d'abattement. A l'inverse, les sociétés affiliant un plus faible nombre de salariés (de 10 à 99 adhérents) ne bénéficient que de



11% des abattements en 2014 (pour 2,6 M€) alors qu'elles représentent 23% des adhérents bénéficiaires de ces abattements.

Tableau 3 : Montant des abattements ramené au nombre d'adhérents en 2014

	10 à 99 adhérents	100 à 399 adhérents	400 adhérents et plus
Part total dans les abattements (MMI + ATMP) (en %)	11	37	52
Part total dans le nombre d'adhérents (MMI + ATMP) (en %)	23	35	42
Montant d'abattement moyen par adhérent (en €)	277	618	726

Source : Données CFE. Abattements de cotisations d'entreprises mandataires.

L'équivalent de l'abattement perçu par bénéficiaire est dès lors plus important pour les entreprises mandataires de plus de 400 salariés : 726€ contre 277€ pour les sociétés de 10 à 99 salariés.

Enfin, la « part » d'abattement perçu par les sociétés mandataires de plus de 400 salariés est plus importante que leur participation à l'écart technique consolidé pour le risque Maladie-Maternité-Invalidité-Décès (MMI) : 54 % de l'abattement MMI contre 23% de l'écart technique consolidé. Il est à noter que les entreprises affiliant entre 100 et 400 adhérents bénéficient elles aussi d'une surreprésentation au regard de leur participation.

Au final, les premiers « financeurs » de cette politique sont donc les sociétés de moins de 10 risques, qui participent pour un quart à l'écart technique consolidé, alors qu'elles ne bénéficient pas d'abattements, ainsi que celles affiliant de 10 à 99 salariés, qui bénéficient de trois fois moins d'abattements qu'elles ne participent à l'écart technique consolidé (elles représentent 34% de l'écart technique consolidé mais ne bénéficient que de 11 % des abattements). Pour autant, cette politique visant à privilégier les grands comptes se retrouve généralement dans toutes les relations commerciales traditionnelles.

Tableau 4 : Comparaison par taille d'entreprises mandataires entre la participation à l'écart technique consolidé du risque MMI et le total des abattements de ce risque (en %)

	< 10 adhérents	10 à 99 adhérents	100 à 399 adhérents	400 adhérents et plus
Part dans le total de l'écart technique consolidé MMI	26	34	16	23
Part dans le total des abattements (MMI)	0	11	35	54

Source : Données CFE. Abattements de cotisations d'entreprises mandataires.

### 3.3.2 La CFE doit réorienter cette politique d'abattements vers les plus petites sociétés

Une dynamique de réorientation de ces abattements vers les plus petites sociétés semble avoir été initiée depuis 2012.

Ainsi, si les plus grands groupes (mandataires de plus de 400 risques) représentaient en 2012 58% du total des abattements, ceux-ci n'en représentent plus que 52,4% en 2014, soit une réduction de 6 points en seulement deux ans. Au contraire, la part des sociétés mandataires de 100 à 399 risques est passée de 32% à presque 37% sur cette période, quand les plus petites sociétés ont vu leur part progresser de près de 10% à plus de 11%.

Toutefois, cette dynamique est plus liée à un effet volume mécanique lié à la réduction du nombre d'adhérents couverts par les grands groupes (- 1 300 salariés d'entreprises mandataires de plus de 400 salariés bénéficiaires d'abattements de cotisations sociales) qu'à un renforcement de la valeur des abattements pour les sociétés intermédiaires et les plus petites sociétés.

Tableau 5 : Evolution du montant des abattements par taille d'entreprise mandataire entre 2012 et 2014

	Montant total des abattements en 2012 (en €)	Montant total des abattements en 2014 (en €)	Evolution 2012-2014 (en %)	Part dans les abattements (2012) (en %)	Part dans les abattements (2014) (en %)
10 à 99 adhérents	2.094.737	2.577.906	23	9,9	11,1
100 à 399 adhérents	6.761.000	8.518.493	26	32,1	36,6
Plus de 400 adhérents	12.210.384	12.209.461	0	58,0	52,4
Total	21.066.121	23.305.860	10,6	100,0	

Source : Données CFE. Abattements de cotisations d'entreprises mandataires.

Même si la politique d'abattements de la CFE apparaît nécessaire dans une logique commerciale au cœur d'un environnement concurrentiel, celle-ci doit plus tenir compte de la « capacité contributive » de l'employeur, comme le fait la Caisse en modulant les niveaux de cotisations des individuels selon leur niveau de revenu.

Tableau 6 : Synthèse des montants de réductions de taux de cotisation consenties en 2014 par la CFE, par taille d'entreprise mandataire

Nombre d'affiliés Catégorie de réduction	Objet de la réduction tarifaire	Entreprises affiliant			
		de 10 à 99 salariés	de 100 à 399 salariés	au moins 400 salariés	Total (au moins 10 salariés)
Modulation des taux de cotisation MMI	Nombre d'affiliés à cette l'assurance volontaire MMI	-1,56 M€	-4,85 M€	-7,65 M€	-14,06 M€
Modulation « packagée » des taux de cotisation AT-MP	Nombre d'affiliés simultanés aux assurances volontaires MMI et AT-MP	-	-1,73 M€	-2,65 M€	-4,37 M€
Ristourne sur les taux de cotisation AT-MP	En fonction de la sinistralité AT-MP de l'entreprise	-1,02 M€	-1,94 M€	-1,91 M€	-4,87 M€
Sous-total des réductions de taux de cotisation AT-MP		-1,02 M€	-3,67 M€	-4,56 M€	-9,25 M€
Total des réductions de taux de cotisation MMI et AT-MP		-2,58 M€	-8,52 M€	-12,21 M€	-23,31 M€
Répartition des réductions de taux de cotisation MMI et AT-MP		11%	37%	52%	100%
Nombre d'entreprises ou de groupes bénéficiaires		360	63	17	440
Nombre de salariés concernés par ces réductions		9 313	13 779	16 823	39 915
Montant moyen d'abattement par salarié adhérent et par an		-277 €	-618 €	-726 €	-584 €

Source : Mission à partir de données CFE.

### **3.4 La déduction collective des taux de cotisation d'assurance volontaire AT-MP au motif de la souscription simultanée en maladie-maternité-invalidité est dépourvue de base législative**

La CFE pratique, depuis 2002, une modulation dite « packagée » de taux de cotisation d'assurance volontaire AT-MP, conditionnée à la souscription simultanée des assurances MMI et AT-MP. Destinée à fidéliser l'affiliation MMI de salariés en mode mandataire par les grands comptes, cette modulation a été d'abord instaurée par le conseil d'administration de la CFE en décembre 2001 et rendue applicable, en tant que règle générale, à compter du 1er janvier 2002. Elle a été amplifiée par décision du conseil d'administration de la caisse en juin 2004, applicable à compter du 1er octobre 2004.

Cette pratique a fait l'objet d'un décret du 13 février 2006 dont l'article 2 a modifié le 2ème alinéa de l'article D. 763-2 CSS, pris en application de l'article L. 762-3 CSS. Or celui-ci autorise seulement la réduction du taux de cotisation MMI à raison du nombre d'affiliés (au 6ème alinéa introduit par l'article 18 de la loi du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social) et les ristournes de taux de cotisation AT-MP à raison de la sinistralité (8ème alinéa introduit par la loi du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale), mais pas une réduction de taux de cotisation AT-MP pour un autre motif. La modulation des taux de cotisations AT-MP à la CFE s'effectue ainsi toujours en l'absence d'une autorisation parlementaire, ce qui amène la mission à proposer la régularisation du cadre juridique.



## **ANNEXE 11 – LA GESTION DU DOSSIER DES PERIODES ASSIMILEES DE LA CFE**

Cette annexe a pour objet de retracer le processus qui a conduit le ministère chargé de la sécurité sociale à mettre fin à la validation, dans le cadre de l'assurance volontaire vieillesse, des périodes indemnisées par la CFE au titre des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité (MMI) et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), puis à soutenir finalement la solution palliative consistant à faire prendre en charge les cotisations manquantes par le budget d'action sociale de la CFE.

<b>1. LE CADRE JURIDIQUE ET FINANCIER APPLICABLE AUX PERIODES ASSIMILEES POUR L'ASSURANCE RETRAITE .....</b>	<b>144</b>
1.1 Les périodes assimilées maladie, maternité, invalidité et AT-MP sont prises en compte pour l'assurance retraite au régime général .....	144
1.2 Le financement des périodes assimilées retraite dans les régimes obligatoires de vieillesse est assuré depuis 2010 par le FSV .....	144
<b>2. LA REMISE EN CAUSE DE LA SITUATION JURIDIQUE DES RESSORTISSANTS DE LA CFE AU REGARD DES PERIODES ASSIMILEES .....</b>	<b>145</b>
2.1 Le bénéfice des périodes assimilées de la CFE relevait d'une mesure extralégale mais continue depuis la création de la caisse .....	145
2.2 Le bénéfice des périodes assimilées a été remis en cause à la suite de deux modifications législatives à incidence financière .....	147
2.3 La DSS a décidé l'arrêt de la validation de périodes assimilées de la CFE avec effet au 1er janvier 2014.....	147
<b>3. LA FIN DE LA VALIDATION DES PERIODES ASSIMILEES CFE A RENDU NECESSAIRE L'INGENIERIE DIFFICILE D'UNE SOLUTION PALLIATIVE .....</b>	<b>149</b>
3.1 L'arrêt de la validation de périodes assimilées rompt la continuité des droits retraite des assurés de la CFE et fragilise la caisse .....	149
3.2 Les démarches de la CFE en vue d'une solution palliative ont abouti au projet de mobiliser le budget d'action sociale de la caisse .....	150
3.3 Le recours à la technique de l'action sociale va entraîner plusieurs conséquences .....	151
<b>4. LA GESTION DU DOSSIER DES PERIODES ASSIMILEES A ETE COMPROMISE PAR DES ERREURS D'INTERPRETATION ET DE CHIFFRAGE .....</b>	<b>152</b>
4.1 La décision d'arrêter la validation des périodes assimilées CFE ne s'est fondée ni sur une analyse claire, ni sur un chiffrage fiable.....	152
4.2 Les estimations de coût des périodes assimilées réalisées en 2014 ont été entachées d'approximations et d'erreurs .....	152
4.3 Le chiffrage du coût de la prise en charge des cotisations manquantes par l'action sociale de la CFE s'appuie sur une analyse fine des situations réelles.....	153

## **1 LE CADRE JURIDIQUE ET FINANCIER APPLICABLE AUX PERIODES ASSIMILEES POUR L'ASSURANCE RETRAITE**

### **1.1 Les périodes assimilées maladie, maternité, invalidité et AT-MP sont prises en compte pour l'assurance retraite au régime général**

Dans le régime général français, les périodes d'interruption de travail indemnisées au titre de la maladie, de la maternité, de l'invalidité ou de l'AT-MP sont assimilées à des périodes cotisées pour le calcul de la durée d'assurance vieillesse.

Les articles L. 351-3 (1°) et R. 351-12 CSS prévoient, à titre gratuit pour un salarié affilié au régime général, la validation pour l'assurance retraite de périodes :

- d'arrêt de travail pour maladie, à raison d'un trimestre d'assurance retraite pour chaque période de 60 jours d'indemnisation ;
- d'arrêt de travail pour maternité, à raison d'un trimestre d'assurance retraite pour chaque période de 90 jours au cours de laquelle l'assurée a bénéficié d'une indemnisation ;
- d'invalidité, à raison d'un trimestre d'assurance retraite pour trimestre civil durant lequel la pension d'invalidité a été versée ;
- d'arrêt de travail pour accident du travail ou de maladie professionnelle (AT-MP), à raison d'un trimestre d'assurance retraite pour chaque période de 60 jours d'indemnisation. Au-delà des périodes d'arrêt de travail, si le sinistre entraîne un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) d'au moins 66,66%<sup>90</sup>, l'assuré bénéficie d'une validation à raison d'un trimestre d'assurance retraite pour chaque période de 60 jours d'indemnisation.

Une période assimilée constitue un avantage non contributif d'assurance vieillesse.

La validation de ces périodes assimilées ne donne lieu à aucun report de salaire au compte carrière de l'assuré, sauf les périodes d'indemnités journalières maternité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011.

### **1.2 Le financement des périodes assimilées retraite dans les régimes obligatoires de vieillesse est assuré depuis 2010 par le FSV**

En application de l'article 70 de la LFSS pour 2010 qui a modifié l'article L. 135-2 CSS, le financement forfaitaire du coût des périodes assimilées pour l'assurance retraite du régime général (ainsi que du régime des salariés agricoles et le RSI) est, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, à la charge du fonds de solidarité vieillesse (FSV) alors qu'il reposait antérieurement sur la mutualisation interne à chaque régime légal d'assurance retraite.

Les articles R. 135-16-4 à R. 135-16-7 CSS, complétés par un arrêté du 7 avril 2011, fixent le mode de calcul du montant forfaitaire remboursé par le FSV à la CNAV, à la MSA et au RSI au titre des périodes assimilées. Ce montant de cotisation fictive revient à prendre en compte une fraction des prestations servies (indemnités journalières, rentes AT-MP, pensions d'invalidité).

---

<sup>90</sup> Dans la suite de cette annexe, la dénomination de rentes AT-MP renvoie uniquement aux rentes versées aux victimes titulaires d'un taux d'IPP d'au moins 66,66%.

ARRETS DE TRAVAIL - EXERCICE 2013					
NOMBRE D'U, RENTES ET PENSIONS NOTIFIEES	U maladie	U maternité	U AT-MP	Rentes IPP>66%	Pens. invalidité
REGIME GENERAL	205 548 775	55 880 399	55 791 931	30 538	667 133
MSA	8 005 101	1 696 925	3 265 608	1 062	25 672
RSI COMMERÇANTS	3 768 819	539 218			11 423
RSI ARTISANS	4 477 769	517 770			15 187
TOTAL	221 800 464	58 634 312	59 057 539	31 600	719 415

DETERMINATION DES COUTS UNITAIRES	U maladie	U maternité	U AT-MP	Rentes IPP>66%	Pens. invalidité
FRACTION DE REFERENCE DU SMIC HORAIRE	7 SMIC HORAIRE	7 SMIC HORAIRE	7 SMIC HORAIRE	1820 SMIC HORAIRE	1820 SMIC HORAIRE
SMIC HORAIRE MOYEN EN €	9,43	9,43	9,43	9,43	9,43
MONTANT D'ASSIETTE EN € (SMIC DE REFERENCE)	66,01	66,01	66,01	17 162,60	17 162,60
TAUX DE COTISATION	16,85%	16,85%	16,85%	16,85%	16,85%
TAUX DE REFACTION	18%	11%	32%	22%	33%
ASSIETTES UNITAIRES EN €	2,00	1,22	3,56	636,22	954,33

DEPENSES DE VALIDATION DES PERIODES D'ARRETS DE TRAVAIL EN 2013						
Régimes	U Maladie	U Maternité	U AT/MP	Rentes IPP > 66 %	Pensions d'invalidité	TOTAL
REGIME GENERAL	411 525 769,76	68 369 408,33	198 577 943,70	19 428 812,52	636 662 616,20	1 334 564 550,51
MSA	16 026 879,03	2 076 179,85	11 623 145,32	675 663,07	24 499 466,65	54 901 333,91
RSI COMMERÇANTS	7 545 489,58	659 730,72			10 901 270,16	19 106 490,46
RSI ARTISANS	8 964 866,54	633 489,19			14 493 354,63	24 091 710,35
TOTAL en €	444 063 004,91	71 738 808,08	210 201 089,02	20 104 475,59	686 556 707,63	1 432 664 085,23

Évolution 2013/2012	U Maladie	U Maternité	U AT/MP	Rentes IPP > 66 %	Pensions d'invalidité	TOTAL
REGIME GENERAL	2,90%	1,08%	0,22%	-0,02%	7,02%	4,26%
MSA	4,94%	2,18%	2,91%	2,90%	3,81%	3,87%
RSI COMMERÇANTS	8,38%	10,44%			5,11%	6,56%
RSI ARTISANS	10,54%	12,43%			6,84%	8,33%
TOTAL	3,20%	1,28%	0,37%	0,08%	6,87%	4,34%

Source : rapport d'activité 2013 du FSV (fiche 5.2. Validation des périodes d'arrêt de travail).

Le FSV est financé par des contributions sociales (dont la CSG) assis notamment sur les revenus d'activité et de remplacement. L'ordonnance du 2 mai 2001 a circonscrit le champ de l'assujettissement de ces revenus (article L. 136-1 CSS) à la CSG aux seuls résidents fiscaux en France et qui sont à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie. Ce texte fait suite à la condamnation de la France par deux arrêts du 15 février 2000 de la CJCE, au motif que les travailleurs frontaliers résidant en France mais affiliés à un régime de sécurité sociale d'un autre Etat devaient bénéficier de la règle de l'unicité de la législation de sécurité sociale applicable.

## 2. LA REMISE EN CAUSE DE LA SITUATION JURIDIQUE DES RESSORTISSANTS DE LA CFE AU REGARD DES PERIODES ASSIMILEES

### 2.1 Le bénéfice des périodes assimilées de la CFE relevait d'une mesure extralégale mais continue depuis la création de la caisse

Pour ce qui est des assurances volontaires maladie-maternité-invalidité (MMI) et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) de la CFE, le code de la sécurité sociale ne contient pas de disposition expresse prévoyant la validation pour l'assurance volontaire vieillesse (AVV), et donc pour l'assurance retraite, des périodes indemnisées par la CFE au titre de la maladie, de la maternité, de l'AT-MP ou de l'invalidité.

L'article R. 742-35 CSS prévoit certes que « les droits des personnes qui demandent le bénéfice de l'article L. 742-2 [assurance volontaire vieillesse des travailleurs expatriés] sont liquidés suivant les règles en vigueur pour le régime général de l'assurance vieillesse, mais l'article R. 742-36 CSS limite « les périodes assimilées à des périodes d'activité salariée pour l'application de l'article



L. 742-2 » aux périodes de service national, de mobilisation en temps de guerre ou d'empêchement d'exercer une activité professionnelle à cause d'une guerre ou d'un trouble à l'ordre public.

Comme l'indique la circulaire CNAV du 10 avril 2015, « *il avait été considéré que les périodes d'indemnisation par la CFE au titre de la maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle, invalidité pouvaient faire l'objet de reports au compte de l'assuré, dès lors que celui-ci avait cotisé à l'assurance volontaire vieillesse à la date de réalisation du risque* ».

En l'absence de disposition réglementaire analogue à celle de l'article R. 352-12 CSS, l'octroi de périodes assimilées aux assurés volontaires de la CFE reposait depuis la création de cette caisse (au 1<sup>er</sup> janvier 1985) et jusqu'à la remise en cause intervenue à compter des droits 2014, sur une tolérance justifiée par la volonté d'assurer la cohérence et la continuité des droits avec le régime général, dès lors que les affiliés étaient couverts par l'AVV au moment de l'interruption de leur travail.

La CNAV, qui reconnaissait ces périodes assimilées, a interrogé la DSS à plusieurs reprises. Son courrier du 5 septembre 1991 exprimant une position favorable à la reconnaissance est resté sans réponse malgré deux relances faites le 18 janvier 1994 et le 2 février 1996. La CNAV a formalisé sa doctrine en 1996 dans le Guide de l'assurance vieillesse n°4-96<sup>91</sup> puis en février 1999 dans la Lettre de la réglementation de la CNAV n° LR 14-99<sup>92</sup> et enfin dans sa circulaire n°2011/38 du 18 mai 2011 relative à l'alimentation du compte individuel retraite. Cette circulaire précise que sont reconnus les trimestres assimilés correspondant aux « *prestations maladie, maternité, incapacité temporaire, invalidité, incapacité permanente servies par la CFE* » au titre de l'« *article R. 351-12 1° à 5° CSS (par analogie)* » ; les règles de report au compte sont que « *les périodes d'indemnisation, par la CFE, au titre de l'ensemble des risques, peuvent être validées en périodes assimilées, à la condition expresse que l'intéressé cotise au risque vieillesse au moment de l'indemnisation (qualité d'assuré volontaire vieillesse au moment de la survenance de l'événement)* » ; les origines du report (support et pièces justificatives) sont le « *fichier de signalement des périodes d'indemnisation transmis par la CFE* », les « *justificatifs requis en l'absence de signalement* » et les « *attestations de versement des prestations* ».

Le signalement annuel des périodes assimilées CFE à la CNAV a d'abord été fait par la CPAM de Melun (jusqu'aux droits de l'année 2004) pour ce qui est des pensions d'invalidité et des rentes AT-MP, puis par la CFE elle-même (à compter des droits 2005) s'agissant des IJ, des PI et des rentes AT-MP, dans les mêmes conditions qu'au régime général. Depuis 2005, la CFE vérifie avant transmission des périodes assimilées que l'assuré qui en bénéficie était bien affilié à l'AVV à la date de survenance du risque MMI ou AT-MP. Ce protocole de signalement a été adapté en 2011 à la demande de la CNAV.

La validation des périodes assimilées CFE faisait donc l'objet d'un dispositif stabilisé qui fonctionnait sans difficulté. Cependant, faute de disposition légale expresse, elle demeurerait précaire, comme la suite des événements l'a montré.

<sup>91</sup> « *Aucun texte n'a précisé les droits des assurés volontaires au titre des différentes périodes visées à l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale. Il semble cependant que ce texte leur soit applicable à la condition bien entendu qu'à la date à laquelle est survenue la circonstance motivant l'interruption de versement, l'assuré ait été affilié à l'assurance vieillesse* ».

<sup>92</sup> « *Aucun texte ne précise les droits des expatriés assurés volontaires auprès de la CFE au titre des différentes périodes d'arrêt de travail susceptibles d'être assimilées à des périodes d'assurance (maladie, maternité, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle). La validation de telles périodes ayant pour objet de compenser l'absence de cotisations d'assurance vieillesse durant ces périodes, il doit être considéré que les dispositions en vigueur dans ce domaine dans l'assurance obligatoire sont applicables dans l'assurance volontaire à la condition expresse que l'intéressé cotise, pour le risque vieillesse, au moment où il se trouve dans la situation considérée (en ce sens circ. 106 SS du 27.08.1956 et 38 SS du 18.03.1963)* ».

## 2.2 Le bénéfice des périodes assimilées a été remis en cause à la suite de deux modifications législatives à incidence financière

La remise en cause des périodes assimilées CFE par la CNAV et la DSS est intervenue à la suite de deux mesures législatives rapprochées dans le temps :

- d'une part, l'article 98 de la loi retraite du 9 novembre 2010 a inclus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 les indemnités journalières de maternité dans le calcul du salaire annuel moyen pour la liquidation de la pension de retraite. A cette occasion, la DSS s'est interrogée sur le traitement des indemnités journalières de maternité versées par la CFE et, plus généralement, sur le fondement juridique de la validation de périodes assimilées pour les assurances volontaires MMI et AT-MP ;
- d'autre part, la mise en place, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2010, d'une compensation financière par le FSV des périodes assimilées au régime général (article 70 précité de la LFSS pour 2010). Or les assurés volontaires MMI ou AT-MP à la CFE sont exemptés du paiement de la CSG sur leurs revenus d'activité et de remplacement, comme le précise la circulaire DSS du 11 juillet 2001 relative à la mise en œuvre de l'ordonnance précitée du 2 mai 2001. Ils ne participent ainsi pas au financement du FSV alors même qu'ils bénéficiaient alors des périodes assimilées, ce qui est de nature à induire une rupture d'égalité devant les charges publiques par rapport aux assurés des régimes obligatoires de sécurité sociale. De fait, entre le 1<sup>er</sup> juillet 2010 et le 31 décembre 2013, les assurés volontaires à la CFE ont bénéficié de périodes assimilées sans que la CFE participe au financement solidaire du FSV.

La CNAV a saisi la DSS par lettre du 26 mars 2012 quant à sa position sur la prise en compte des indemnités journalières maternité pour le calcul du montant de la pension de retraite, ainsi que sur la base juridique des signalements de périodes assimilées effectués par la CFE pour des périodes indemnisées au titre de la maladie, de la maternité, de l'invalidité et des AT-MP.

## 2.3 La DSS a décidé l'arrêt de la validation de périodes assimilées de la CFE avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2014

La décision de ne plus procéder à la validation des périodes assimilées au titre des assurances MMI et AT-MP au-delà des reports aux comptes carrière au titre de l'année 2013 est intervenue en application de deux lettres, en date du 16 décembre 2013 et du 12 décembre 2014, adressées par le ministère chargé de la sécurité sociale à la CNAV.

La première lettre ministérielle, datée du 16 décembre 2013, justifie l'arrêt de la validation par le fait que « *les périodes indemnisées par la CFE au titre de la maladie, la maternité, les accidents du travail et maladies professionnelles et l'invalidité ne sont pas visées par les articles L. 351-3 et R. 351-12 du CSS* » et « *ne sont donc pas assimilées à des périodes d'assurance par le régime général d'assurance vieillesse* ». Elle demande également à la CNAV de ne plus reporter au compte retraite de l'assuré les indemnités journalières de maternité versées par la CFE, cet avantage étant réservé aux seules indemnités de cette nature versées par le régime général.

La CFE n'a pas été associée à la suppression des périodes assimilées et a appris incidemment, après coup, l'existence de la lettre ministérielle du 16 décembre 2013. Elle s'en est étonnée auprès de la DSS qu'elle a alerté sur les conséquences de cette décision par un mél à la DACI le 4 février 2014 puis par un courrier du 7 février 2014 au directeur de la sécurité sociale.

A la suite de la démarche de la CFE, la DSS a demandé le 27 février 2014 à la CNAV une estimation de l'impact de l'annulation des périodes assimilées CFE. La CNAV fournit le 25 février

le nombre d'assurés concernés. La DSS confirme par courrier du 17 mars 2014 la suppression des périodes assimilées.

Plusieurs chiffrages (dont l'analyse est détaillée *infra*, au 4.2.) ont été établis en mars 2014, pour tenter d'objectiver, après la prise de décision, l'impact financier annuel des périodes assimilées CFE :

- la CNAV a transmis le 17 mars 2014 à la DSS une estimation de coût de 0,07 M€ par an en appliquant de manière simplifiée le barème de la compensation du FSV au titre des périodes assimilées ;
- la CFE a adressé le 27 mars 2014 à la DSS une estimation valorisée à 0,29 M€ fondée sur la conversion en trimestres du nombre de jours indemnisés ; l'application correcte du barème de cotisations fictives du FSV aurait dû amener selon les calculs de la mission une estimation de 0,2 M€ ;
- la DSS a retraité le chiffrage fourni par la CFE en parvenant à une valorisation annuelle de 17,6 M€ à cause d'une erreur de paramétrage, alors que l'application correcte du barème de cotisations fictives du FSV aurait dû amener selon les calculs de la mission une estimation de 0,19 M€

La comparaison de ces estimations avec le montant des flux de cotisations d'AVV et de remboursement des périodes assimilées par le FSV au régime général illustre le caractère limité de l'enjeu financier pour la CFE :

- la CFE a recouvré 299,4 M€ de cotisations d'AVV pour le compte de la CNAV (au taux de cotisation de 17,25%, ce taux passant à 17,35% en 2015 puis à 17,45% à compter de 2016) ;
- en 2013, le FSV a remboursé 1334,6 M€ au régime général pour compenser le coût des périodes assimilées, dont 411,5 M€ au titre des indemnités journalières maladie, 68,4 M€ au titre des indemnités journalières maternité, 198,6 M€ au titre des indemnités journalières AT-MP, 19,4 M€ au titre des rentes AT-MP et 636,7 M€ au titre des pensions d'invalidité.

De plus, la lettre ministérielle du 16 décembre 2013 ne comportait pas de date expresse d'entrée en vigueur mais impliquait l'invalidation rétroactive, par la CNAV, de toutes les périodes assimilées de la CFE. Cette opération a été préparée par la CNAV jusqu'en 2005 inclus, faute de pouvoir repérer dans les comptes individuels retraite les périodes assimilées plus anciennes, sans quoi l'ensemble des périodes assimilées attribuées depuis la création de la CFE auraient été annulées. Quelle que soit la période concernée par la rétroactivité, celle-ci était susceptible de provoquer la révision à la baisse des droits, soit en cours d'acquisition par les cotisations, soit déjà liquidés par les pensionnés, pour plusieurs centaines voire milliers d'assurés.

Ce n'est que lors du conseil d'administration tenu les 30 juin et 1<sup>er</sup> juillet 2014 que la CFE a été informée, par la représentante de la CNAV, de la portée à la fois prospective et rétroactive de la décision de la DSS, au motif qu'« *il ne peut y avoir de validation sans coût* » remboursé au régime général. Le directeur de la caisse a manifesté sa désapprobation : « *Ce qui s'est passé n'est pas normal. Des règles appliquées depuis 25 ans ont été changées sans aucun préavis, puis, ce changement ayant été fait, on découvre qu'il pose un problème qu'il va falloir régler. En plus, la Caisse apprend aujourd'hui que des assurés vont être privés de droit rétroactivement. Quel discours pourra-t-on tenir à l'égard de ces assurés ? La méthode n'est pas bonne* ». De son côté, la représentante du MEDEF au conseil d'administration de la CFE a interpellé la tutelle, estimant que ce dossier était « *très important pour les entreprises* » : les salariés expatriés affiliés à la caisse « *souhaitent avoir une carrière continue au regard de l'assurance vieillesse* » et « *le bénéfice des périodes assimilées est d'ailleurs une des raisons de la souscription de l'AVV* ».

Le 8 juillet 2014, la CNAV a été priée informellement par la DACI de renoncer à l'application rétroactive de la mesure. La seconde lettre ministérielle, datée du 12 décembre 2014, précise officiellement la date d'entrée en vigueur de l'arrêt de la validation, à savoir que 2013 est la dernière année au cours de laquelle les périodes indemnisées sont prises en compte en tant que périodes assimilées et renonce par conséquent à l'invalidation rétroactive des périodes assimilées

antérieures à 2013. En application de la position de la DSS, la CNAV a diffusé aux caisses de la branche retraite du régime général une circulaire n°2015-20 du 10 avril 2015 notifiant le changement de règles. Cette circulaire a été largement commentée par la presse professionnelle. Elle précise que la décision d'arrêt de la validation des périodes assimilées s'applique aux cotisants actifs à la CFE et non aux titulaires d'une pension de retraite déjà liquidée, les retraites déjà attribuées ou calculées n'étant pas sujettes à révision. En outre, la remise en cause des périodes assimilées n'a pas de caractère rétroactif sur les années 2013 et antérieures.

### **3. LA FIN DE LA VALIDATION DES PERIODES ASSIMILEES CFE A RENDU NECESSAIRE L'INGENIERIE DIFFICILE D'UNE SOLUTION PALLIATIVE**

#### **3.1 L'arrêt de la validation de périodes assimilées rompt la continuité des droits retraite des assurés de la CFE et fragilise la caisse**

L'arrêt de la validation des périodes assimilées CFE rompt la continuité de l'acquisition des droits à l'assurance vieillesse et entraîne, depuis l'année 2014, des pertes de droits pour les assurés, en particulier les titulaires de pensions d'invalidité ou de rentes AT-MP. Ces pertes de droits peuvent se traduire par un report de l'âge de départ en retraite ou par l'application d'une décote le cas échéant plus importante.

Selon les données recueillies par la mission auprès de la CNAV, sur 636 562 nouveaux pensionnés de retraite de droit propre en 2014, 3 200 ont eu des reports de périodes cotisées à la CFE au cours de leur carrière, pour une durée moyenne de 7,05 années. Parmi ces 3 200 assurés, seulement 80 ont bénéficié de reports de périodes assimilées CFE, pour une durée moyenne de 1,63 années.

Le rapport n°10 présenté au conseil d'administration de la CFE les 15-16 décembre 2014 indique que « *si les situations d'interruption de travail longues à l'étranger sont assez peu fréquentes, elles sont très problématiques pour les employeurs, au regard des droits futurs à retraite du salarié concerné. Aucun assureur privé ne peut offrir le bénéfice de la valorisation de trimestres pour la retraite en cas d'arrêt de travail. Aussi, la perte de cet avantage représente donc un réel danger pour la caisse* ». Le conseil d'administration de la CFE a exprimé le souhait qu'une solution soit trouvée pour maintenir à ses assurés volontaires le bénéfice des périodes assimilées.

La suppression des périodes assimilées CFE constitue un sujet majeur de préoccupation des interlocuteurs rencontrés par la mission, qu'il s'agisse des élus politiques représentant les Français de l'étranger ou des grandes entreprises mandataires. Elle ne laisse qu'une seule piste alternative de validation, à savoir le rachat ultérieur des trimestres non validés, entraînant un surcoût futur pour les salariés expatriés (dont la prise en charge par les employeurs n'est absolument pas garantie) et de sérieuses complications administratives, allant à l'encontre de la sécurisation des parcours professionnels recherchée au travers de la CFE.

Craignant une désaffection de ses assurés et des employeurs, la CFE s'est abstenue de communiquer sur la perte de cet avantage commercial décisif, jusqu'à la parution d'un article dans le quotidien *Liaisons sociales* daté du 15 avril 2015 faisant état de l'arrêt de la validation des périodes indemnisées par la CFE. La caisse publie alors sur son portail internet un communiqué de presse pour informer de la remise en cause des « *règles qui permettent que des périodes non cotisées en raison de l'interruption de travail, soient néanmoins reportées au compte vieillesse de l'assuré* » et indiquer qu'une solution est en cours pour « *définir un nouveau cadre juridique permettant de reporter des périodes d'arrêt de travail au compte vieillesse de ces assurés expatriés* » à compter de l'année 2014. La rédaction du communiqué de presse était empreinte d'ambiguïté dans la mesure où elle affirmait l'équivalence entre période indemnisée et période non cotisée, ce qui est contraire aux règles d'affiliation des assurances volontaires des Français de l'étranger (cf. 4.1.). La CFE redoute de possibles comportements d'optimisation sociale de la part

des entreprises, qui pourraient désaffilier leurs salariés expatriés dès lors que ceux-ci sont en interruption de travail, pour ne plus avoir à cotiser pendant la période d'indemnisation par la CFE.

La CFE n'a pas diligenté de communication spécifique de la CFE vers ses adhérents ni vers les entreprises mandataires, au motif indiqué à la mission que la CFE n'avait alors pas de solution à apporter. Cette absence de communication d'initiative a été critiquée par les grands employeurs rencontrés par la mission. Elle a accentué l'inquiétude chez les employeurs, d'autant que les conséquences de l'arrêt de la validation des périodes assimilées n'ont pas été expliquées par une information générale. La caisse s'est toutefois efforcée de dissiper l'ambiguïté en répondant aux sollicitations de certains employeurs que « *le principe remis en cause n'affecte que les salariés pour lesquels l'entreprise sollicite la radiation du contrat vieillesse CFE suite à une réintégration définitive dans les effectifs France ou suite à une rupture du contrat de travail alors qu'une indemnisation CFE est en cours* ». Le problème, il est vrai technique et complexe, n'apparaissait pas clairement aux yeux des représentants patronaux rencontrés par la mission.

### 3.2 Les démarches de la CFE en vue d'une solution palliative ont abouti au projet de mobiliser le budget d'action sociale de la caisse

Depuis début 2014, la CFE a procédé à trois démarches successives pour remédier à l'arrêt de la validation des périodes assimilées.

Elle a, tout d'abord, demandé le 27 mars 2014 à la DACI la poursuite du signalement des périodes assimilées à la CNAV (sous réserve d'adhésion préalable à l'AVV), moyennant le versement d'une compensation financière par la CFE à la CNAV estimée à 0,29 M€ par an. Cette proposition n'a pas reçu de suite.

Elle a, ensuite, proposé le 17 juillet 2014 à la DACI d'instituer un droit légal à période assimilées au profit des assurés de la CFE (sous réserve d'adhésion préalable à l'AVV), en transposant les dispositions légales applicables au régime général et moyennant le remboursement des dépenses correspondantes par la CFE à la CNAV. Cette piste a été écartée par la DSS, lors de la réunion du 27 novembre 2014 avec la CFE pour préparer le conseil d'administration de décembre 2014, sur la base du chiffrage aberrant précité, au motif que « *si elle devait être envisagée, l'intégration de la CFE dans le système des périodes assimilées devrait donner lieu en toute logique, compte tenu de l'absence de paiement de la CSG par les expatriés, à un remboursement au FSV. Or, sur la base des données 2012 transmises par la CFE à titre d'exemple, l'application du modèle de financement du FSV aux signalements CFE aboutirait à un coût pour la caisse d'environ 17M€ sur la seule année 2012* »<sup>93</sup>.

Enfin, elle a proposé constatant le rejet par la DSS des deux premières propositions, de financer le coût des périodes assimilées par le budget d'action sociale de la CFE, à compter des droits 2014. La DACI avait indiqué dès mars 2014 qu'elle était disposée à étudier un mécanisme de ce type et la lettre ministérielle du 12 décembre 2014 précisait que la DSS est chargée « *d'étudier la possibilité pour la CFE de prendre en charge ces périodes non cotisées, selon d'autres modalités* ». La publication de la circulaire CNAV du 10 avril 2015 a accéléré les travaux de la CFE en ce sens, qui ont permis de consulter sur ce sujet le conseil d'administration de la CFE des 15-16 juin 2015.

Le dispositif de solidarité interne mis au point par la CFE consiste à modifier l'arrêté du 22 décembre 1998 relatif au programme d'action sanitaire et sociale des Français de l'étranger, pour autoriser, par l'action sociale de la CFE, « *la prise en charge de la cotisation d'assurance volontaire vieillesse au profit des assurés qui ne rempliraient plus les conditions pour continuer à cotiser* », afin de valider les périodes indemnisées MMI ou AT-MP. Ces assurés doivent être affiliés à la CFE au moment de l'interruption de travail pour cause de maladie, de maternité, d'AT-

<sup>93</sup> Compte-rendu de la réunion de préparation du CA de la CFE des 15 et 16 décembre 2014.



MP ou d'invalidité et être indemnisés à ce titre par la CFE. Les périodes concernées par la prise en charge au titre de l'action sociale sont celles pendant lesquelles l'assuré ne remplit plus les conditions pour continuer de cotiser à ce risque, c'est-à-dire les salariés dont le contrat de travail a été rompu (cessation de l'activité salariée pendant la durée d'indemnisation par la CFE) ou dont l'expatriation a pris fin (entraînant la radiation en tant que cotisant).

Cette proposition s'appuie sur une estimation précise de coût réalisée par la CFE à partir de l'étude des 956 situations réelles ayant fait l'objet d'un signalement de périodes assimilées au titre de 2013 (cf. analyse détaillée au 4.3.). Le coût supplémentaire de cotisations permettant une telle validation des périodes indemnisées pour l'assurance vieillesse s'établit 0,53 M€ (dont 0,32 € pour les pensions d'invalidité, 0,14 M€ pour les indemnités journalières et 0,07 M€ pour les rentes AT-MP).

### **3.3 Le recours à la technique de l'action sociale va entraîner plusieurs conséquences**

Sur les plans conceptuel et juridique, la prise en charge des cotisations manquantes par le budget de l'action sociale fera disparaître les périodes assimilées au sens propre car il ne subsistera plus que des périodes cotisées tout au long de l'indemnisation CFE. Le maintien de l'équivalent du bénéfice des périodes assimilées passe donc, paradoxalement, par le recours à la technique de la cotisation ce qui rendra inutile le signalement spécifique de périodes assimilées vers la CNAV. La CFE doit progresser dans l'exactitude de sa communication vers les assurés et les employeurs, car son communiqué de presse d'avril 2015 a entretenu l'ambiguïté sur la portée des périodes assimilées, ce qui est de nature à amplifier inutilement les inquiétudes. La mise en œuvre de la solution passant par l'action sociale doit permettre de diffuser un message clair, sur la base de réponses déjà apportées depuis mai 2015 aux questions de certains employeurs.

Sur le plan juridique également, toutes les périodes indemnisées par la CFE deviendront créatrices de droit retraite à la fois pour la durée et pour le taux (les cotisations étant reportées au compte individuel de l'assuré), alors que les périodes assimilées du régime général sont prises en compte pour la durée seulement (à l'exception des indemnités journalières maternité, pour le calcul du salaire annuel moyen depuis 2011). Cette différence de traitement, minime, souligne un paradoxe : tandis que l'inclusion des indemnités journalières maternité dans le calcul du salaire annuel moyen est à l'origine de la remise en cause par la DSS des périodes assimilées CFE, la solution retenue pour les assurés volontaires CFE débouche finalement sur un traitement plus favorable que celui des assurés du régime général.

Sur le plan des systèmes d'information, la nécessité urgente d'outiller la computation des cotisations manquantes, le cas échéant, pour chaque assuré indemnisé par la CFE. La méthode lourde d'analyse de près d'un millier de situations individuelles par an, qui devra être appliquée de nouveau aux droits 2014, pourra utilement servir à construire le module applicatif. La reproduction annuelle de cette procédure sans traitement automatisé de données ne serait cependant pas du tout raisonnable du fait de cette volumétrie.

#### **4. LA GESTION DU DOSSIER DES PERIODES ASSIMILEES A ETE COMPROMISE PAR DES ERREURS D'INTERPRETATION ET DE CHIFFRAGE**

##### **4.1 La décision d'arrêter la validation des périodes assimilées CFE ne s'est fondée ni sur une analyse claire, ni sur un chiffrage fiable**

La véritable portée des périodes assimilées CFE semble avoir été méconnue par les parties prenantes (autorités de tutelle, CFE, CNAV), ce qui a entraîné des chiffrages fragiles et un diagnostic erroné.

La DSS soutient que les données fournies par la CFE en 2014 n'ont pas permis de chiffrer de manière robuste le coût pour la CFE de l'indemnisation des périodes cotisées. De fait, lors de la réunion DSS-CFE du 27 novembre 2014, le directeur de la CFE reconnaît que « *dans de nombreux cas, les assurés faisant l'objet d'un signalement de période assimilée n'arrêtent pas pour autant de cotiser. La caisse n'a jamais vérifié et ne sait pas si elle en est capable. Cela réduit le nombre de personnes susceptibles d'avoir réellement besoin d'un signalement de période assimilée et par conséquent le coût de ces dernières pour la CFE* » et la DSS demande alors à la CFE d'identifier les personnes indemnisées par la CFE qui cessent d'y cotiser<sup>94</sup>.

Au régime général, l'arrêt de travail interrompt en principe la rémunération professionnelle (sauf en cas de subrogation de l'employeur avec versement d'un complément de salaire) ; par conséquent, le versement de cotisations vieillesse cesse pendant la période non travaillée et reprend à l'issue de l'arrêt de travail.

A l'inverse, l'adhésion à l'AVV de la CFE repose sur une cotisation forfaitaire trimestrielle, qui est due indépendamment des périodes effectivement travaillées ou non travaillées, donc sans suspension possible tant que la personne reste affiliée. Le seul motif de modulation de la cotisation y est la proratisation de celle-ci en cas d'affiliation ou de désaffiliation en cours de trimestre civil. Les assurés de la CFE continuent à cotiser pendant qu'ils perçoivent des indemnités journalières, tant qu'ils sont affiliés à la caisse. A moins d'une radiation volontaire, d'une perte d'emploi à l'étranger ou d'un rapatriement en France faisant cesser l'affiliation, ces assurés acquièrent une durée d'assurance retraite dans les mêmes conditions que pendant les périodes travaillées. Les situations les plus durables où la validation d'une période indemnisée par la CFE est indispensable pour pallier l'insuffisance des cotisations versées sont la perception d'une pension d'invalidité ou d'une rente AT-MP par des assurés qui ne sont plus salariés (la plupart sont retournés vivre en France) et qui de ce fait ne sont plus affiliés à la CFE.

En résumé et comme le confirme l'analyse récente par la CFE des situations des assurés ayant donné lieu à un signalement de périodes assimilées 2013 (cf. 4.3.), le champ d'application des périodes assimilées est beaucoup plus restreint à la CFE qu'au régime général.

##### **4.2 Les estimations de coût des périodes assimilées réalisées en 2014 ont été entachées d'approximations et d'erreurs**

Cette différence fondamentale entre l'assurance volontaire vieillesse de la CFE et l'assurance vieillesse du régime général a été méconnue dans les estimations de coût des périodes assimilées CFE réalisées en 2014, probablement sous l'effet de la perception largement répandue selon laquelle l'AVV de la CFE est la continuation de l'assurance vieillesse du régime général, argument de promotion central pour la CFE et ses partenaires commerciaux.

---

<sup>94</sup> Compte-rendu de la réunion de préparation du CA de la CFE des 15 et 16 décembre 2014.



La valorisation transmise à la DSS par la CNAV le 17 mars 2014 s'est fondée en partie sur le barème des cotisations fictives du FSV. La CNAV a repéré 307 091 jours indemnisés par la CFE sur la période de 2005 à 2012 (le système national de gestion des carrières – SNGC – qui permet de visualiser les comptes carrière ne permettant pas de repérer ces données avant 2005) et les a valorisées en appliquant le montant moyen, sur la période 2005-2012, du forfait journalier FSV applicable aux indemnités journalières maladie et en convertissant le nombre de jours en trimestres à raison d'un trimestre de période assimilée acquis pour 60 jours indemnisés. Elle est parvenue à une estimation de 561 536 € sur 8 exercices, soit 70 192 € en moyenne par an. Cette estimation d'un montant largement inférieur à celui issu de l'évaluation rectifiée de la DSS était doublement imparfaite. D'une part, elle revenait à assimiler l'ensemble des périodes indemnisées à des indemnités journalières maladie alors que les périodes assimilées CFE concernent surtout des périodes de versement de pensions d'invalidité ou de rente AT-MP qui sont postérieures à la radiation de l'assuré CFE. D'autre part, elle utilisait de manière incorrecte le barème des cotisations fictives du FSV, qui repose sur la valorisation directe des jours d'indemnités journalières indépendamment de l'impact de cette indemnisation sur le droit à période assimilée, le coefficient de réfaction tenant compte de la déperdition entre période indemnisée et période assimilée.

La valorisation transmise à la DSS par la CFE le 27 mars 2014 s'appuyait sur le recensement du nombre de jours constaté sur 2012 en matière d'indemnités journalières (66 235), de jours de versement d'une pension d'invalidité (15 681) ou de rente AT-MP d'au moins 66,66% d'IPP (3 966). La CFE a alors proposé de valoriser le coût des périodes assimilées correspondantes en convertissant les 85 882 jours en trimestres sur la base d'un trimestre pour 90 jours, soit 954,24 trimestres valorisés chacun à 307 € de cotisations, ce qui représentait un total de 292 952 € pour 2012. Cette méthode de calcul, calquée sur le recensement des périodes d'indemnisation et inspirée des pratiques du régime général, revenait à faire l'hypothèse erronée que les assurés ne cotisaient plus du tout pendant les périodes d'indemnités journalières, d'invalidité ou de perception d'une rente AT-MP.

Le contre-chiffrage établi par la DSS à partir de la valorisation transmise par la CFE a reposé sur une mauvaise utilisation du barème des cotisations fictives du FSV. La DACI a appliqué au dénombrement de jours indemnisés fourni par la CFE, la grille forfaitaire du FSV en matière de remboursement des périodes assimilées à la CNAV, en parvenant à un chiffrage annuel de 17,6 M€ qui s'explique par une erreur de calcul. Au lieu d'appliquer les forfaits annuels (respectivement 932,68 € et 621,78 €) de remboursement des périodes assimilées d'invalidité et d'AT-MP par le FSV, ce forfait a été considéré comme journalier, amenant une valorisation égale à 61 fois la valorisation CFE et à 251 fois la valorisation CNAV sans que l'écart ne donne lieu à un contrôle de la méthode estimative retenue par la DSS. La rectification postérieure de cette erreur, notifiée par un message du 8 juin 2015 adressé à la mission, ramène l'estimation DSS du coût 2012 à 193 392 € ce qui est un ordre de grandeur plus plausible et comparable avec les autres estimations disponibles.

#### **4.3 Le chiffrage du coût de la prise en charge des cotisations manquantes par l'action sociale de la CFE s'appuie sur une analyse fine des situations réelles**

A la différence des chiffrages réalisés en 2014, l'ingénierie de la solution de prise en charge par l'action sociale s'est enfin appuyée sur une estimation fine de coût par la CFE, à partir de l'analyse des situations réelles (périodes et motifs d'indemnisation, classe de cotisation d'AVV) ayant fait l'objet d'un signalement à la CNAV de périodes assimilées au titre de 2013. L'examen par la mission de la méthode appliquée par la CFE a conclu à sa fiabilité.

Tableau 1 : Répartition des cas de signalement d'assurés CFE au titre des périodes assimilées effectués en 2013 par la CFE auprès de la CNAV

Nature des signalements / Portée des signalements	IJ maladie, maternité, AT-MP	Pension d'invalidité	Rente AT-MP IPP >= 66,66%	Tous motifs de signalement
Nombre total d'assurés signalés	875	67	14	956
Dont signalements sans effet (périodes indemnisées : suffisamment cotisées pour valider les trimestres)				
Nombre	764	0	0	764
Part	87%	0%	0%	80%
Dont nombre de signalements « utiles » (insuffisance des cotisations au cours des périodes indemnisées)				
Nombre	90	64	14	168
Part	10%	96%	100%	18%
Dont erreurs de signalement				
Nombre	21	3	0	24
Part	3%	4%	0%	2%

Source : Mission à partir de données CFE.

D'après la CFE, sur les 956 adhérents à l'AVV concernés par un signalement 2013 de périodes assimilées à la CNAV, 875 ont bénéficié de périodes d'indemnité journalière (maladie, maternité ou AT-MP) dont 764 (soit 87%) signalements qui en toute rigueur n'avaient pas lieu d'être puisque l'intégralité de la période d'indemnisation était couverte par une cotisation à la CFE. Seuls 90 signalements de périodes assimilées au titre des indemnités journalières (soit 10% d'entre elles) étaient utiles au sens où les cotisations auraient été sinon insuffisantes au cours de la période d'indemnisation. Les signalements relatifs aux pensions d'invalidité (67) et aux rentes AT-MP (14) étaient, à l'inverse, quasi systématiquement justifiés par l'absence d'affiliation à l'AVV pendant la perception de ces prestations.

Tableau 2 : Evaluation du coût des signalements d'assurés CFE au titre des périodes assimilées effectué en 2013 par la CFE auprès de la CNAV

Nature des signalements / Portée des signalements	IJ maladie, maternité, AT-MP	Pension d'invalidité	Rente AT-MP IPP >= 66,66%	Tous signa- lements
Seulement les signalements utiles				
Coût des signalements	138 411 €	324 887 €	65 693 €	528 991 €
Part dans le coût des signalements	26%	61%	12%	100%
Ensemble des signalements				
Coût des signalements	941 330 €(*)	278 616 €	57 963 €	1 277 909 €
Part dans le coût des signalements	74%	22%	5%	100%

Source : Mission à partir de données CFE. (\*): dont 35 100 € au titre du cumul de signalements entre IJ d'une part et pension d'invalidité ou rente AT-MP d'autre part.

Le coût supplémentaire des cotisations manquantes, en complément des cotisations versées par les assurés, permettant une telle validation des périodes indemnisées pour l'assurance vieillesse s'établit à 0,53 M€ dont 0,32 € pour les pensions d'invalidité, 0,14 M€ pour les indemnités journalières et 0,07 M€ pour les rentes AT-MP.

La CFE a également chiffré le coût de la validation de l'ensemble des périodes indemnisées sous l'hypothèse d'une absence de versement de cotisations par les assurés durant ces périodes, en faisant l'hypothèse d'une désaffiliation systématique de l'assurance volontaire vieillesse dès le début de l'indemnisation. Ce coût maximal théorique serait de 1,28 M€, soit 2,5 fois le coût de la prise en charge envisagée au titre de l'action sociale dans les conditions habituelles de maintien de l'affiliation au risque vieillesse. L'écart s'explique par l'importance des indemnités journalières de maladie, maternité et AT-MP (0,91 M€). Par différence, il apparaît que le maintien de l'affiliation

vieillesse pendant la période d'indemnisation a pour effet de réduire le montant de cotisation à prendre en charge pour la validation des trimestres de retraite. L'écart entre le coût ajusté (0,53 M€) et le coût maximal théorique (1,28 M€) reflète l'existence de signalements le plus souvent inutiles en ce qui concerne les périodes d'indemnités journalières.

Par ailleurs, l'écart du simple au quadruple entre cette estimation du coût 2013 de toutes les périodes signalées comme assimilées et le coût 2012 estimé par la CFE en mars 2014 (cf. 4.2.) s'explique par trois facteurs :

- un surcoût lié au fait que les périodes indemnisées par une pension d'invalidité ou une rente AT-MP ne sont généralement pas cotisées à la CFE, le bénéficiaire ayant cessé d'être affilié ;
- un autre surcoût lié au fait que les cotisations AVV sont calculées en fonction de catégories de salaire, allant jusqu'à 100% du plafond de la sécurité sociale (plafond trimestriel : 9 510 € en 2015) alors que les cotisations fictives FSV sont paramétrées sur un salaire payé au SMIC (salaire mensuel à temps complet brut au SMIC horaire : 1457,42 € au 1<sup>er</sup> janvier 2015, soit 4 372,26 € par trimestre) ;
- un moindre coût lié au fait que les périodes d'indemnités journalières versées par la CFE sont, le plus souvent, cotisées par les assurés.



## PIECE JOINTE 1 – LISTE DES CONVENTIONS BILATERALES DE SECURITE SOCIALE CONCLUES PAR LA FRANCE

	Date de Signature	Date d'entrée en vigueur
Algérie	01.10.1980	01.02.1982
Andorre	12.12.2000	01.06.2003
Argentine	22.09.2008	01.11.2012
Bénin	06.11.1979	01.09.1981
Bosnie-Herzégovine	03 et 04.12.2003	04.12.2003
Brésil	15.12.2011	01.09.2014
Cameroun	05.11.1990	01.03.1992
Canada	09.02.1979	01.03.1981
Cap-Vert	15.01.1980	01.04.1983
Chili	25.06.1999	01.09.2001
Congo	11.02.1987	01.06.1988
Corée	06.12.2004	01.06.2007
Côte d'Ivoire	16.01.1985	01.01.1987
États-Unis	02.03.1987	01.07.1988
Gabon	02.10.1980	01.02.1983
Guernesey, Aurigny, Herm, Jethou	19.11.1965	01.12.1965
Inde	30.09.2008	01.07.2011
Israël	17.12.1965	01.10.1966
Japon	25.02.2005	01.06.2007
Jersey	29.05.1979	14.05.1980
Kosovo	04 et 06.02.2013	06.02.2013
Macédoine	13 et 14.12.1995	14.12.1995
Madagascar	08.05.1967	01.03.1968
Mali	12.06.1979	01.06.1983
Maroc	22.10.2007	01.06.2011
Mauritanie	22.07.1965	01.02.1967
Monaco	28.02.1952	01.04.1954
Monténégro	26.03.2003	26.03.2003
Niger	28.03.1973	01.11.1974
Nouvelle Calédonie	19.11.2002	01.12.2002
Philippines	07.02.1990	01.11.1994
Polynésie Française	26.12.1994	01.01.1995
Québec : Entente	17.12.2003	01.12.2006
Québec : Protocole (étudiants et coopération)	19.12.1998	01.07.2000 et 01.01.2001*
Saint-Marin	12.07.1949	01.01.1951
Saint-Pierre et Miquelon	10.05.2011	01.06.2011
Sénégal	29.03.1974	01.09.1976
Serbie	26.03.2003	26.03.2003
Togo	07.12.1971	01.07.1973
Tunisie	26.06.2003	01.04.2007
Turquie	20.01.1972	01.08.1973
Uruguay	06.12.2010	01.07.2014

• Applicable, en tout ou en partie, aux ressortissants des États tiers ou de certains États tiers

• Ces accords visent également les travailleurs non-salariés

• Pour la liquidation de la pension, possibilité de faire appel aux périodes d'assurance accomplies dans un état tiers lorsque ce dernier est lié aux deux états contractants par un accord de sécurité sociale prévoyant des règles de coordination en matière d'assurance vieillesse.

Source : CLEISS, mars2015.